

48
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**LA POLITICA CONTRA LAS DROGAS Y LA
OFERTA INTERNA DE SUBSTANCIAS CON
POTENCIAL DE ABUSO EN
ESTADOS UNIDOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN RELACIONES

INTERNACIONALES

P R E S E N T A

M. DE LOURDES SALOME SOSA MARQUEZ

DIRECTORA: MARIA CELIA TORO



MEXICO, D. F.

1993.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción	I
1. La política estadounidense de control de drogas	1
1.1 Supuestos que orientan la política de control de drogas: Consideraciones sobre la relación entre oferta y demanda . . .	1
1.2 La importancia de cada droga en la política de control . . .	3
2. Razones por las que se consumen drogas	18
2.1 Explicaciones fisiológicas, psicológicas y psicosociales del consumo de drogas.	19
2.2 Características culturales que motivan el uso de drogas . .	26
2.3 ¿Por qué han sido substituidas unas drogas por otras? . . .	34
3. La oferta de drogas: variedad de productos y competencia	41
4. Consumo de drogas y medicamentos psicoterapéuticos en los Estados Unidos	74
4.1 Consumo de drogas en 1988.	76
4.2 Consumo de drogas: nacionales vs extranjeras	78
4.3 Tendencias en el consumo de drogas	79
4.4 El mercado gris de los medicamentos psicoterapéuticos. . .	89
5. Sectores de mercado captados por cada droga	96
5.1 Consumidores de alucinógenos	99
5.2 Consumidores de estimulantes	104
5.3 Consumidores de depresores del sistema nervioso central. .	109

6. Industria farmacéutica, desvío y participación política	117
6.1 La industria farmacéutica	118
6.2 Intereses económicos de la industria farmacéutica.	121
6.3. Desvío de medicamentos al mercado negro.	126
6.4 Influencia de la industria farmacéutica en la toma de decisiones respecto al desvío de medicamentos	129
6.5. Participación política de la industria farmacéutica en la aprobación de la Ley de Control de Sustancias de 1974	149
6.6 Obstáculos políticos en un nuevo escenario de la guerra contra las drogas	152
Conclusiones	156
Fuentes	171

I N T R O D U C C I O N

La presente investigación analiza el comportamiento del mercado de las drogas en Estados Unidos. Este estudio explora las posibilidades de que la producción estadounidense de sustancias con potencial de abuso substituya la producción de las drogas que hoy se importan -y que actualmente dominan el mercado estadounidense- en el caso de que éstas últimas desaparecieran y la demanda se mantuviera constante.

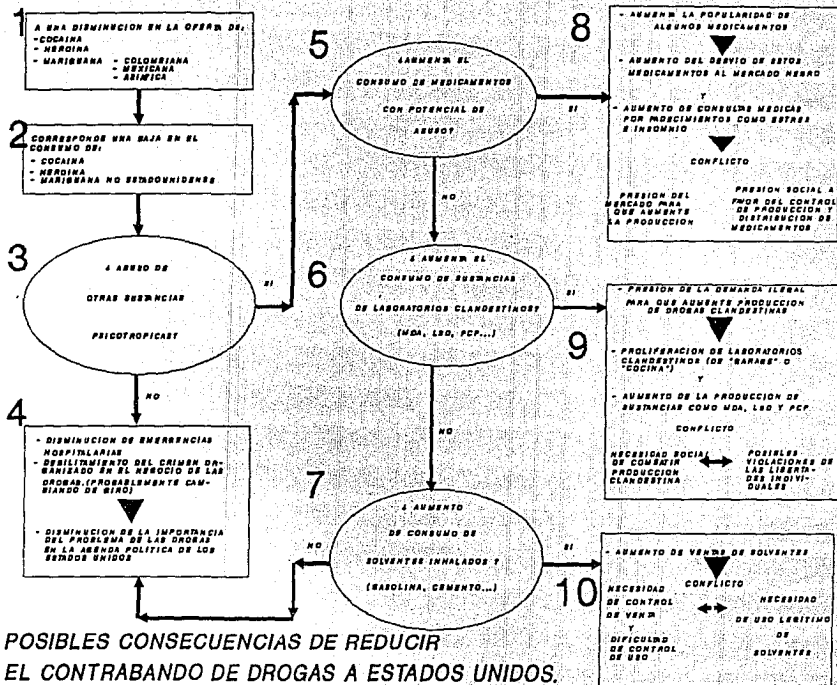
En cierta forma, se trata de una crítica a la interpretación del problema que hacen las autoridades encargadas del control de drogas en Estados Unidos, y por lo tanto, a la forma de enfrentarlo. El primer capítulo esboza dicha interpretación. Las autoridades antidrogas afirman que si se reduce la oferta, necesariamente se reduce la demanda, porque nadie puede consumir lo que no existe, es decir, no podría haber una ola de consumo de cocaína, sin cocaína en el mercado. Sin embargo (1) si los consumidores de cocaína desearan seguir consumiendo droga y (2) si tuvieran acceso a algún producto similar, podría no haber una ola de consumo de cocaína, pero tal vez la habría de anfetaminas.

SOBRE LA HIPOTESIS

El diagrama No. 1 esquematiza la hipótesis de este trabajo, a saber, que una disminución substancial de la oferta de drogas ilegales de origen externo en Estados Unidos provocaría el aumento del consumo de drogas producidas al interior.

El primer cuadro plantea el supuesto del cual se parte: una

Diagrama No. 1



POSIBLES CONSECUENCIAS DE REDUCIR EL CONTRABANDO DE DROGAS A ESTADOS UNIDOS.

disminución substancial de drogas extranjeras en el mercado de Estados Unidos.

El segundo cuadro señala la consecuencia directa de la reducción de la oferta.

El tercero presenta una disyuntiva. En este punto se separa:

- lo que las autoridades encargadas del control de drogas afirman que sucede cuando se limita la oferta de drogas: que disminuye el consumo de drogas (véase cuarto cuadro),
- de lo que se plantea como hipótesis de este trabajo: que, después de una reducción en la oferta, el consumo se puede orientar hacia otros productos (véase cuadros 5, 6 y 7). Lo más probable es que las disyuntivas de estos cuadros se dieran en combinación y no aisladas.

Los cuadros 8, 9 y 10 representan consecuencias diferentes a las prevista por la política estadounidense de control de drogas.

SOBRE LAS POSIBILIDADES DE SUBSTITUCION

El inciso VII del segundo capítulo se refiere a casos en los que una droga ha sido substituida por otra, con el objeto de identificar los factores que influyeron en dicha substitución. Así observamos que muchos de estos reemplazos se debieron a cambios en la dinámica social, a desaprobación social o publicidad negativa sobre una droga, a introducción de nuevos productos en el mercado o a la disminución de la oferta de la substancia substituida.

De estas cuatro condiciones, cuando menos las últimas tres parecen presentes en Estados Unidos, por lo que sería posible que

los consumidores de psicotrópicos substituyeran las sustancias acostumbradas por otras; sin embargo, según los informes oficiales, el consumo de psicotrópicos ha disminuido en general en la población de ese país, como se verá en el capítulo IV.

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA SUBSTITUCION

En este trabajo, se ha considerado que, para que el desabasto de drogas extranjeras propiciara consumo de drogas producidas internamente se han de cumplir dos condiciones:

1. La permanencia del deseo o necesidad de los consumidores, de seguir utilizando sustancias para alterar la conciencia, manteniendo así, la demanda de este tipo de mercancía.
2. La existencia de productos que pudieran cubrir el desabasto, y que fueran accesibles al consumidor.

Sobre la primera condición, el segundo capítulo sugiere que las características de la sociedad estadounidense que propician la demanda de drogas siguen presentes. Así, aunque se redujera la oferta de algunas sustancias, es posible que los usuarios desearan seguir consumiendo drogas si tuvieran acceso a otras sustancias.

Respecto a la condición de existencia de substitutos accesibles (segundo punto) se habla en tres capítulos diferentes:

La segunda parte del primer capítulo presenta evidencia que nos permite afirmar que el combate a las drogas se centra en las extranjeras. Por este motivo esta investigación especula sobre lo que sucedería si esta política fuera exitosa, es decir, si se lograra acabar con la oferta de drogas externas en las calles de

Estados Unidos, o si dicha oferta se redujera substancialmente, sin que sucediera lo mismo con la oferta de drogas producidas dentro de su territorio.

Esta parte no pretende afirmar que la mayor parte de los esfuerzos y recursos son utilizados para combatir la oferta, sino que:

1. El ataque a la oferta es parcial, pues centra su atención principalmente en drogas extranjeras, aunque cabe aclarar que las drogas producidas internamente también están reguladas.
2. Este ataque a la oferta utiliza medidas esencialmente punitivas (policiaças o militares).
3. Las medidas para reducir la demanda también se centran en el consumo de marihuana, cocaína y heroína.

El conjunto de drogas con las que cuenta el consumidor estadounidense (tanto nacionales como extranjeras) se enumeran en el capítulo III. En esta parte se agrupan los fármacos por sus efectos, suponiendo que las sustancias que producen estados mentales parecidos podrian usarse indistintamente. En este punto cabe resaltar que gran parte de las sustancias de las que se abusa son medicamentos psicoterapéuticos (pastillas para dormir, tranquilizantes, sedantes o productos para bajar de peso).

Si, en efecto, existen sustancias que pueden substituir a las que más se consumen actualmente en Estados Unidos, acabar con la oferta de estas últimas, no necesariamente soluciona el problema, puede cambiarle solamente de aspecto. Por otra parte, eliminar todas las sustancias con potencial de abuso es imposible, porque

existen solventes, medicinas, hierbas y preparaciones caseras difíciles de eliminar, como se verá en el mencionado capítulo.

Existe una gran variedad de sustancias que se pueden utilizar como drogas, y normalmente hay alguna accesible (en cuanto a precio y disponibilidad) a cada consumidor. El capítulo V se refiere a las características de la población que acostumbra utilizar cada una de las drogas; esta división del mercado sirve para prever las posibilidades de que el uso de una droga por un sector pueda extenderse a individuos con características demográficas y socioeconómicas similares. Utilizando el ejemplo de la disminución en la oferta de cocaína, suponemos que si un individuo acostumbraba utilizar este alcaloide, cuando ya no le es accesible, puede sustituirlo por otra sustancia que ya conozca, o que utilicen personas de su edad, región, nivel económico, educativo u otras características similares. En dicho capítulo se reúnen factores que favorecerían la sustitución de unos productos por otros tomando en cuenta que:

1. La sustitución se da con mayor facilidad entre productos con efectos similares, aunque también se da entre productos con diferentes características farmacológicas.
2. Si el consumo de un producto tiende a disminuir, y otro que es tradicionalmente consumido por personas con características demográficas similares aumenta, posiblemente hubo una sustitución.
3. Una persona que acostumbra utilizar drogas ilegales estaría más dispuesto a consumir medicamentos si le son accesibles,

que si el cambio fuera de medicamentos a drogas ilegales.

4. Si cierto tipo de consumidores utilizan actualmente una droga, este producto les es accesible y su uso puede extenderse a otros consumidores con las mismas características.

Con los criterios anteriores, en el capítulo V se observa que existen suficientes sustancias alucinógenas que podrían substituir a la marihuana en todo tipo de consumidor si dejara de tener acceso a esta última droga. Un análisis similar se ofrece en cuanto a la substitución de cocaína por otros estimulantes, y de heroína por otros depresivos.

SOBRE LAS FUENTES

Con el propósito de reunir los datos más adecuados para sustentar la hipótesis de este trabajo se utilizaron fuentes de diferentes disciplinas o ciencias. Este trabajo no es un estudio médico, sociológico, económico ni demográfico; no pretende profundizar en ninguno de estos aspectos del problema, sino tomar de los estudios que se han hecho en estas áreas, los datos que ayuden a prever el cambio de un fenómeno que tiene consecuencias internacionales. Precisamente por tratarse de un estudio interdisciplinario, se utilizan solamente las fuentes más reconocidas, y no se agota la bibliografía existente.

De esta manera, la información médica sobre las drogas se obtuvo del manual de farmacología de Goodman & Gilman, principal libro de texto en los cursos básicos sobre medicina y farmacología, que es también fuente de referencia internacional; así como del PDR

Physicians' Desk Reference, que es la fuente de consulta más utilizada en el área de la medicina, para obtener información sobre los medicamentos que se encuentran en el mercado.

Los datos estadísticos sobre el consumo de drogas en Estados Unidos se obtuvieron de la Encuesta nacional sobre abuso de drogas en hogares (National Household Survey on Drug Abuse NHSDA 1988), que es un estudio que el NIDA (National Institute on Drug Abuse) elabora periódicamente. La información proporcionada por el Instituto es la más completa, por lo que se utiliza en la mayor parte de los estudios sobre consumo de drogas en Estados Unidos.

Otros documentos publicados por el gobierno de Estados Unidos fueron utilizados en este trabajo: el análisis de la política de control de drogas se elabora con información de la Estrategia nacional de control de drogas (National Drug Control Strategy 1990), documento elaborado por la ONDCP, oficina del Ejecutivo que coordina las acciones antidrogas a nivel federal en Estados Unidos (U. S. Office of National Drug Control Policy) y resulta la fuente más completa, pues incluye todos los aspectos de la política antidrogas.

Asimismo, se utilizaron registros de las audiencias públicas en el Congreso de Estados Unidos, registros de cabilderos en el Congreso y otras fuentes primarias sobre las actividades del gobierno estadounidense en relación a la regulación de los medicamentos con potencial de abuso y sobre la participación de grupos de presión para influir tales actividades.

¿POR QUE PARTIR DE UN CASO HIPOTETICO?

Respecto a la posible desaparición de drogas extranjeras en Estados Unidos, cabe aclarar que ya en el pasado ha habido periodos de escasez de algunas drogas.

Lograr que se prolonguen en el tiempo estos periodos de escasez relativa es el propósito último de la política estadounidense contra las drogas. Pensar en ese caso hipotético nos ayuda entonces a sugerir un enfoque diferente del problema que:

- Pone en duda que centrar la atención en la oferta externa sea la estrategia adecuada para dar solución al problema de las drogas.
- Llama la atención sobre la importancia de las causas que generan demanda y que no se restringen a la mera disponibilidad.
- Ayuda a desterrar la idea popular de que Estados Unidos es sólo un país consumidor de drogas.
- Plantea que el problema de contrabando de pastillas de México a Estados Unidos puede crecer, adquirir importancia y convertirse en una fuente de conflictos bilaterales.
- Aun más importante resultaría que la evidencia aquí presentada constituyera la base de un cambio en la concepción actual del problema y probablemente, de un cambio de actitud de Estados Unidos frente a países como México, Colombia, Bolivia, etc., que, en el diagnóstico actual "envenenan" a la juventud estadounidense.

1. LA POLITICA ESTADOUNIDENSE DE CONTROL DE DROGAS

1.1 Supuestos que orientan la política de control de drogas: Consideraciones sobre la relación entre oferta y demanda

Las acciones que el gobierno de Estados Unidos lleva a cabo para combatir el fenómeno del consumo, producción y tráfico ilícito de drogas, se basan en la idea de que a una reducción de la oferta de los psicotrópicos más utilizados en ese país, corresponde un aumento en el precio. Quienes planean la política antidrogas suponen que, ante un aumento de precios, tanto el consumo como los problemas de sobredosis, de pérdida de productividad, de criminalidad y similares también disminuirán. (Véase cuadros 1-4 del Diagrama No. 1)

A medida que se vuelve más difícil buscar, encontrar y comprar drogas -y a medida que su precio aumenta por ese motivo- es muy probable que muchas personas (especialmente los no adictos) dejen de usarlas. Disminuir los indicadores básicos de disponibilidad de drogas es un objetivo del esfuerzo nacional.

Es cierto que cuando disminuye la oferta de un producto aumenta el precio; sin embargo este incremento puede afectar la demanda de diferentes maneras, entre las que la desaparición del consumo es solamente una posibilidad.

¹ U.S. Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy 1990, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, enero de 1990, p.120.

En algunas casos, la demanda se modifica pero no desaparece. Puede suceder que existan productos con características parecidas a las del producto cuya oferta se reduce, capaces de satisfacer las mismas necesidades.

Entonces, dependiendo de la decisión de los consumidores, sólo disminuirá la demanda del producto específico que deje de existir en el mercado o de ser accesible al consumidor, pero no necesariamente se acaba la demanda de productos similares. Inclusive, si no existieran sustitutos en el mercado, la demanda ejercería presión para que éstos se crearan.²

Un punto clave para determinar qué tan elástica es la demanda en el mercado de las drogas es definir si la demanda surge por necesidades psicosociales, o no.

Si los consumidores estadounidenses de drogas las utilizan como forma de diversión, como actividad fácilmente sustituible por otras costumbres, entonces, tal vez, eliminando del mercado la droga que acostumbran utilizar se acabe el consumo; pero si el consumo se explica por la necesidad de sensaciones espirituales, novedosas, o tranquilizantes, que no se encuentran de otra manera en el estilo de vida cotidiano, los consumidores de drogas buscarán sustitutos antes de eliminar la costumbre. (Véase al respecto el capítulo II "Razones por las que se consumen drogas").

De tal manera que, para que a una reducción de la oferta

² Sobre este último punto véase: Barnett, "Curing the Drug Law Addiction. The Harmful Side Effects of Legal Prohibition", Reimpraso en Hemoway, Ron (ed.), Dealing with Drugs, Lexington Books, 1987, p.82.

aminorar la oferta de (o restringir el acceso a) todas las sustancias con potencial de abuso y no sólo de unas cuantas como lo hace la política antidrogas. (Véase diagrama No. 2)

1.2 La importancia de cada droga en la política de control

1. La guerra contra las drogas es una guerra contra la cocaína.

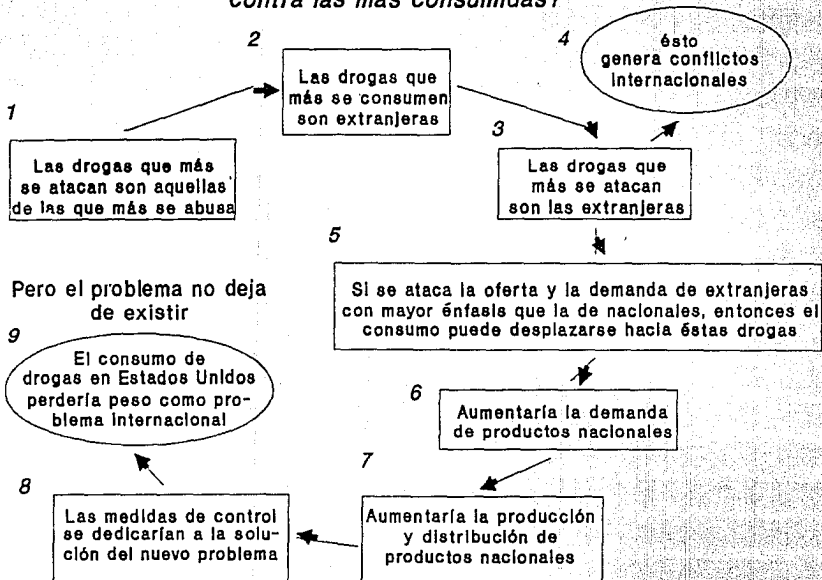
A mediados de los años 80, en Estados Unidos se afirmaba que el país vivía una crisis de drogas. Para ilustrar lo anterior, el gobierno daba cifras de personas que revelaban consumo cotidiano de cocaína, de muertes relacionadas con cocaína y elevados índices de delincuencia, que de alguna manera, se relacionaban con esta droga.³

Cuatro años más tarde, en 1989, los dirigentes de la política estadounidense señalaban al "crack" como el nuevo peligro. Tanto los documentos oficiales, como los medios de comunicación difundían que el número de consumidores aumentaba a niveles alarmantes, y señalaban que el potencial destructivo de esta droga era mayor al de la cocaína.

En lo que va de la década de los años 90, en Estados Unidos se ha dejado de hablar de las drogas como un problema creciente y fuera de control. En el informe sobre "La estrategia nacional para el control de drogas" en 1990, el Director de la Oficina para la Política Nacional de Control de Drogas, William Bennet habló de los

³ Ver, U.S. Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, Washington D. C., U.S. Government Printing Office, septiembre de 1990, p.3.

¿Por qué es un error dirigir "La Guerra Contra las Drogas" contra las más consumidas?



Política Nacional de Control de Drogas, William Bennet habló de los aciertos de la política al respecto, gracias a la cual -dijo- la situación había mejorado.

En dicho informe, la Oficina para la Política Nacional de Control de Drogas (U.S. Office of National Drug Control Policy) proporcionó cifras sobre el consumo y emergencias hospitalarias relacionadas con cocaína, así como de adolescentes que consideran nocivo el consumo de drogas.

De acuerdo con las apreciaciones más objetivas, estos datos indican que el problema de las drogas está mejorando, no empeorando [...] Las emergencias hospitalarias por uso de cocaína, que desde 1985 se habían multiplicado a una velocidad alarmante, se mantuvieron al mismo nivel a principios de 1989, y empezaron a disminuir, reduciéndose 22% entre octubre y diciembre. Después de tres años consecutivos de muertes relacionadas con cocaína, entre 1988 y 1989, éstas se redujeron considerablemente.⁴

Durante los últimos años, podemos notar que "la guerra contra las drogas" ha sido una guerra contra la cocaína, pues tanto las cifras y datos proporcionados al dar la voz de alerta, como los indicadores con los que se ha medido el éxito o fracaso de "la guerra", son los relacionados con la cocaína.

Las razones políticas de que el problema de la cocaína sea el que más preocupa al gobierno estadounidense no serán tratadas en este trabajo, aunque podríamos pensar que se encuentran en que su uso se ha extendido en la clase media y en los jóvenes, sectores de la población cuya participación política y económica es importante en ese país.

⁴ Ibid., p.4.

2. La perspectiva de un nuevo problema.

Los datos oficiales indican que el problema de la cocaína ha empezado a ceder; siendo así, cabe preguntarse si los consumidores de dicho producto dejarán simplemente de utilizar drogas o si utilizarán alguna otra.

"La estrategia contra las drogas" reconoce que el problema al que se enfrenta la sociedad estadounidense es el uso, no de una sino de todas las drogas... "Hay muchas drogas en Estados Unidos, y muchos estadounidenses las usan [...] el centro de nuestro problema con las drogas es el uso".⁵

Asimismo reconoce que aun cuando "la cocaína [...] sigue siendo la principal amenaza en lo que a drogas se refiere [...] una estrategia preventiva, para ser exitosa, debe procurar prevenir el uso de todas las drogas".⁶

En este informe, las autoridades consideran erróneo delinear una política contra una droga en particular, pues este mercado es cambiante.

El mercado de las drogas ha mostrado flexibilidad y resistencia ante la presión [...] han aparecido nuevas drogas ilegales peligrosas, que han atraído nuestra atención [...] y sin duda seguirán apareciendo [...] pero no podemos subordinar nuestra estrategia a cada droga nueva que aparezca en el mercado.⁷

A pesar de reconocer la necesidad de una estrategia que no se centre en algunas drogas, en la mayor parte del documento analizado

⁵ U.S. Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, *op. cit.*, p.2.

⁶ Ibid., p.45.

⁷ Ibid., p.3.

se hace alusión a drogas ilegales. De esta forma se soslaya el problema del mal uso y del abuso de medicinas psicoterapéuticas.

En ocasiones se considera la posibilidad de que el consumo de otras drogas emerja:⁹ "... también debemos esforzarnos más para anticipar problemas futuros que se deriven de drogas cuyo uso no es extendido actualmente, o que, tal vez, no se usan aún. Una droga que podría presentar un problema grave es el "ice", una forma de metanfetamina que se fuma".⁹

De hecho, al hablar de "ice", el informe se refiere a un producto clandestino vendido en el mercado negro, no está hablando de la posibilidad de que se presenten problemas nuevos con cualquier tipo de metanfetamina, por ejemplo, con Desoxyn[™],¹⁰ medicamento producido legalmente, que puede ser adquirido en el mercado negro o en farmacias, con recetas, legítimas o falsificadas.

Al hablar del problema actual, en "La estrategia" se hace mención de las drogas extranjeras por su nombre, en cambio se resumen cientos de productos más en "drogas producidas legalmente

⁹ En el documento analizado se plantea la posibilidad de que surjan problemas con otras drogas como algo independiente de la reducción de la oferta de drogas similares, consumidas actualmente. Esta es la diferencia entre mi hipótesis y las afirmaciones hechas en "la estrategia".

⁹ Ibid., p.18.

¹⁰ El subíndice "tm" significa "trade mark" o marca registrada. La abreviatura está en inglés porque en este trabajo hablaremos de productos registrados y vendidos en Estados Unidos. Los nombres de las medicinas no siempre son los mismos en México.

y desviadas al mercado negro", evitando mencionar alguna de las medicinas legalmente adquiridas de las que se abusa.

"La estrategia nacional para el control de drogas" se dio a conocer en septiembre de 1989, como el documento oficial del gobierno federal que coordinara los esfuerzos de todos los sectores involucrados en el control de drogas. La versión de enero de 1990, se entiende como un suplemento de aquel primer documento; se hacen algunas modificaciones y se habla de los avances logrados hasta ese momento.

Resulta lógico pensar que en esta segunda versión se hable del surgimiento de nuevos problemas para justificar que, en esta ocasión, se trate el problema del "ice", como se trató el del "crack" en 1989.

Esperemos que en un futuro, además de advertir el peligro del surgimiento de nuevos problemas de drogas ilegales, las autoridades reconozcan que éstos pueden ser producto del desvío de la demanda de una droga de moda, a otra que aún no se considera un problema y que puede tratarse de un medicamento psicoterapéutico.

"La estrategia" anuncia que se pondrá mayor atención en identificar problemas que puedan estar surgiendo, pero por lo pronto, cuando en el documento se habla de objetivos concretos a 2 y 10 años, de nueve objetivos planteados, cuatro se refieren a drogas provenientes del exterior, mientras que los otros cinco no especifican de qué droga se está hablando, excepto en uno referente

" U.S. Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, op. cit., p.18.

a la marihuana nacional.

Objetivos concretos a 2 y 10 años, en los que se especifica la droga de la que se habla:

1. Reducir el consumo ocasional de cocaína.
2. Reducir el consumo frecuente de cocaína.
3. Reducir el consumo consuetudinario de cocaína por adolescentes.
4. Reducir, en 2 años un 15% de de la cantidad de cocaína, marihuana, heroína y otras drogas peligrosas que entran a Estados Unidos.

El resto de los objetivos en "la estrategia" son:

1. Reducir el consumo consuetudinario de drogas en general.
2. Reducir el uso de drogas por adolescentes.
3. Reducir el número de emergencias hospitalarias relacionadas con el uso de drogas.
4. Reducir la cantidad de marihuana producida en el país.
5. Reducir el número de estudiantes que reconocen no estar contra el uso de drogas ilegales.¹²

En cuanto a objetivos de corto plazo respecto a la oferta de drogas se habla de:

1. Reducir 15% las drogas introducidas a Estados Unidos.
2. Reducir 15% el número de personas que informan en encuestas

¹² Ibid., p. 117-121. El subrayado es mio.

que la cocaína, la marihuana, la heroína y las "drogas peligrosas" son fáciles de conseguir en sus comunidades.

Analizar los objetivos concretos incluidos en "la estrategia", ayuda a ilustrar cómo, al acercarse al plano concreto de las acciones y alejarse del abstracto del discurso, el ataque de la oferta y de la demanda de drogas se centra en las provenientes del exterior.

3. Preocupación por drogas diferentes a la cocaína

Para obtener los datos que sirven de base a su política contra las drogas, el gobierno de Estados Unidos elabora diversos estudios, entre los cuales encontramos encuestas sobre uso, estadísticas sobre emergencias hospitalarias, sobre el número de presos en cuyos organismos se encontraron rastros de drogas al ingresar a la cárcel y sobre la opinión de adolescentes respecto al uso de drogas.

En la mayor parte de estos documentos es evidente que se toma a las drogas externas como las causantes más importantes del problema, no por lo que se dice de ellas, sino por lo que no se dice de las nacionales; la información sobre desvío de medicinas y sobre problemas derivados de su consumo son superficiales en "la estrategia contra las drogas".

Algunas de las razones por las que se les otorga más atención a unas drogas que a otras como causantes del "Problema de las Drogas", se exponen enseguida.

A. Atención concedida a la marihuana

La marihuana es la droga consumida por más personas en Estados Unidos, después del alcohol y el tabaco. A pesar de esto, el consumo de marihuana no se concibe como un problema más grave que el de la cocaína.

Algunos de los elementos que hacen del problema del consumo de marihuana un problema secundario para la política antidrogas, cuando menos por el momento, son los siguientes.

a) Reducida capacidad de provocar sobredosis.

Al comparar el número de emergencias hospitalarias relacionadas con la marihuana y el de las relacionadas con la cocaína encontramos lo siguiente: El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas informó sobre 42,512 emergencias hospitalarias relacionadas con cocaína en 1988,¹³ mientras que en el mismo informe se estimó que para fines de ese año, las menciones de marihuana en emergencias hospitalarias sumarían 8,200. Las principales razones por las que los consumidores de marihuana llegan al hospital son: uso simultáneo de otras sustancias y el aumento de concentración THC (1-delta 9-tetrahidrocanabinol, ingrediente activo en la marihuana) en la marihuana "sin semilla"¹⁴

¹³ U.S. Department on Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, Drug Abuse Warning Network; citado en U.S. Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, op. cit., p.12.

¹⁴ National Narcotics Intelligence Consumers Committee, National Narcotics Intelligence Consumers Committee Report 1988: The Supply of Illicit Drugs to the US, abril de 1989, p. 13.

y no sobredosis, porque el consumo de marihuana, cuando no se combina con otro tipo de sustancias, no la provoca.¹⁵

b) El número de consumidores se ha reducido.

La Encuesta Nacional de Abuso de Drogas señala una tendencia a la reducción del consumo de marihuana: En 1979 el 35.4% de los encuestados informaron haber utilizado marihuana cuando menos una vez en el mes anterior a la encuesta; en 1982 este índice bajó a 27.4%, en 1985 fue de 21.8% y en 1988 de 15.5%¹⁶

Otro factor que resta atención al problema del consumo de marihuana, es la idea de que se trata de un fenómeno transitorio en la vida de quien acostumbra fumarla, puesto que el consumo disminuye después de los 30 años, cuando muchas de las motivaciones, o razones por las cuales se utiliza esta droga en particular desaparecen.

¹⁵ "...no ha habido ni una muerte en los Estados Unidos como resultado del uso exclusivo de marihuana". Zinberg, Norman E. "The War Over Marijuana", Psychology Today 10, no.7 (diciembre de 1976), p.102; citado por Schlaadt, Richard & Peter T. Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1986, p. 219.

¹⁶ U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988 (NHSDA), Rockeville, Maryland, U.S. Government Printing Office, 1988, p. 29.

B. Atención al problema de la heroína

...actualmente la heroína ocupa el segundo lugar, después de la cocaína, como la droga extranjera que representa la mayor amenaza para Estados Unidos. Aun cuando no existen estimaciones confiables de la oferta y uso de heroína en Estados Unidos, se sabe que la droga ha encontrado nuevos mercados, al ser combinada con otras drogas.¹⁷

La heroína es consumida, aproximadamente, por un 1% de la población de Estados Unidos que vive en hogares y que son mayores de 12 años,¹⁸ lo cual explica por qué la cocaína y la marihuana cuentan con mayor atención de los diseñadores de la política antidrogas estadounidense.

La preocupación por esta droga se debe principalmente a lo siguiente:

1. La DEA informó que la cosecha de opio asiático fue buena los últimos años, por lo que se temía una aumento en la oferta, que provocaría un aumento en el consumo;¹⁹
2. Existe evidencia histórica para sustentar que a una epidemia de consumo de estimulantes (como la cocaína), sigue otra de

¹⁷ U.S. Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, op. cit., p. 52.

¹⁸ Ibid., p.62. Se debe tomar en cuenta el tipo de muestra utilizada para elaborar el estudio en que se basa esta estimación, pues no incluye personas sin casa, es decir que se excluye a los presos, vagabundos y personas que viven en instituciones de seguridad social.

¹⁹ "...muchos países han tenido cosechas abundantes de opio el año pasado, haciendo pensar que heroína más barata y de mejor calidad podría inundar las ciudades estadounidenses en un futuro cercano -tal vez hasta sustituyendo a la cocaína como la droga más popular... sin embargo no existe evidencia contundente de que el uso de heroína esté aumentando en Estados Unidos", U.S. Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, Washington D. C., U. S. Government Printing Office, septiembre de 1990, p.5.

consumo de depresivos, clasificación en la que se incluye la heroína;²⁰

3. El consumo de heroína -y otras drogas- por vía intravenosa son causa de contagio de SIDA.²¹

C. Atención a problemas relacionados con drogas producidas clandestinamente en Estados Unidos

[...] recientemente, los alucinógenos han recibido menos atención, tanto del público como de los políticos, que la marihuana y la cocaína. Esta falta de atención es, en parte, producto de su bajo índice de uso y de la creencia de que estas drogas no causan adicción.²²

Existe una gran variedad de drogas producidas en Estados Unidos. Entre ellas, las "tradicionales" han sido el LSD (ácido lisérgico dietil amida 25) y el PCP (fenciclidina), cuya popularidad ha disminuido en la última década.

En 1985 las drogas clandestinas atrajeron la atención del gobierno estadounidense, en gran medida, a raíz de la aparición de una droga muy parecida a la heroína en el mercado negro: un análogo de fentanil fabricado en algún laboratorio clandestino, cuya

²⁰ U.S. Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, op. cit., p. 47.

²¹ Un estudio sobre "Fuentes de transmisión de SIDA" indicó que 19% de los casos de infección se dio entre usuarios de drogas por vía intravenosa. Este grupo de población ocupa el segundo lugar, antecedido por 65.7% de varones homosexuales o bisexuales. "AIDS after 50", The New York Times, lunes 26 de noviembre de 1990, p. 7.

²² U.S. Department on Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), op. cit., p. 16.

potencia era mayor que la de la heroína. Esta droga fue vendida en el mercado negro como heroína y provocó muerte por sobredosis a sus consumidores. Este suceso despertó preocupación por el problema de las "drogas de diseñador".

Actualmente, la preocupación por las drogas producidas clandestinamente gira en torno a variantes de anfetaminas, estimulantes cuyas características son similares a las de la cocaína: el "ice" y el "crystal", metanfetamina en forma de cristales, que se fuma.

Las drogas producidas en laboratorios clandestinos y las medicinas con potencial de abuso producidas legalmente, tienen una relación muy estrecha. Por ejemplo cuando un consumidor adquiere, "crystal" o "ice" en el mercado negro, puede estar comprando un producto clandestino o Desoxyn[™].

D. Atención a medicinas psicoterapéuticas.

En las farmacias de Estados Unidos es posible encontrar una gran variedad de medicinas con efectos similares o iguales a los de las drogas ilegales.

Existen cientos de fórmulas químicas y miles de productos farmacéuticos con potencial de abuso, que han sido utilizados con los mismos propósitos que las drogas ilegales. Como ejemplo podemos mencionar Desoxyn[™] (Hidrocloruro de metanfetamina), Innovar[™] (fentanil citrato) o Amylobarbitone[™] (amobarbital con secobarbital), medicinas de las cuales se abusa comúnmente y cuyo

abuso puede provocar sobredosis.

De acuerdo con las encuestas sobre abuso de drogas, un 1.7% de los encuestados reconocieron haber utilizado medicinas con fines no médicos. Aun cuando esto representa una proporción muy baja de la población, asciende a casi el doble de los consumidores de heroína. Sin embargo, el consumo de estas sustancias no se considera un problema tan grave como el de la heroína.

El potencial adictivo y de sobredosis de las medicinas psicoterapéuticas es variado. No obstante es difícil encontrar información sobre emergencias hospitalarias relacionadas con medicinas y aún más sobre algún tipo de medicina en especial.

De igual manera la Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas, en su capítulo sobre "Problemas relacionados con el abuso de drogas", utiliza las respuestas de los cuestionarios para saber si los consumidores relacionan algunos problemas físicos y de conducta con el uso de drogas. En esta parte del estudio no existe una parte de problemas relacionados con el uso de medicamentos, de ahí que no podamos saber si la población relaciona algunos de sus problemas con el uso de estas sustancias.

El abuso de medicinas psicoterapéuticas es el problema que cuenta con menos atención del gobierno de Estados Unidos en el presente periodo presidencial.

En resumen, podemos notar una clara jerarquía en cuanto a la preocupación del gobierno estadounidense por las drogas en Estados Unidos, que tiene el siguiente orden:

1. La cocaína.
2. El "crack".
3. El "ice".
4. La marihuana.
5. La heroína.
6. Las drogas producidas en laboratorios clandestinos, excepto "ice".
7. Las medicinas con potencial de abuso, vendidas al consumidor en el mercado negro.
8. Abuso de medicamentos robados, o adquiridas con recetas médicas falsificadas o vendidas.

Con excepción del "ice", las drogas que más atención reciben de la política antidrogas son de origen externo. De las producidas en el país, las drogas producidas clandestinamente, son las que llaman más la atención de quienes hacen la política oficial en Estados Unidos.

Con esta conclusión no pretendo decir que el gobierno de Estados Unidos, deliberadamente ataca a las drogas extranjeras y no a las nacionales.

Lo más probable es que las acciones antidrogas estén centradas en las drogas extranjeras porque aparentemente son las que causan mayores problemas; sin embargo, cualquiera que sea el motivo, en la práctica este tipo de política podría funcionar como medida proteccionista y fomento no intencionado a la producción interna de sustancias con potencial de abuso, legales e ilegales.

Este aumento de producción nacional dependería de que los consumidores no abandonaran el uso de sustancias cuando ya no pueden conseguir la droga que normalmente utilizan. Para saber de qué dependería la decisión de buscar un sustituto o simplemente dejar de consumir, veamos el siguiente capítulo.

2. RAZONES POR LAS QUE SE CONSUMEN DROGAS

En el fenómeno del consumo de drogas, tanto oferta como demanda son importantes, porque mientras persistan las razones por las que se buscan estados alterados, o no se logre acabar con todos los productos que se pueden utilizar para lograrlos, el problema no se solucionará.

Este capítulo se centra en las razones del consumo para establecer si una reducción en la oferta, como la que se propone la política actual, puede traducirse efectivamente en una disminución de la demanda. Las posibilidades de acabar con la oferta serán tratadas en el capítulo III, "La oferta de drogas: variedad de productos y competencia".

Existen tres diferentes tipos de teorías que buscan explicar por qué los seres humanos consumen sustancias que alteran la mente.

El primer tipo de teoría pone énfasis en los factores biológicos: genéticos o fisiológicos; el segundo tipo explica el consumo de drogas como parte de una disfuncionalidad emocional o psicológica, y el tercero enfoca la atención en la sociedad y ve el consumo de drogas como una enfermedad social.

2.1 Explicaciones fisiológicas, psicológicas y psicosociales del consumo de drogas

1. El refuerzo primario de las drogas

"Las drogas, así como la comida o el sexo, activan estímulos eléctricos en el cerebro que provocan la descarga de un neurotransmisor llamado dopamina, la cual está relacionada con sensaciones de recompensa".¹ Por esta razón, el consumo de drogas provoca placer; éste es el principio de las conductas condicionadas: evitar el dolor y buscar el placer, independientemente de dependencia física o patología psicológica.

Los críticos de estas teorías afirman que las drogas de las que más se abusa, no son las que provocan un mayor "refuerzo primario", lo cual ha sido medido en experimentos de laboratorio, con animales a los que se les adiestra para que se autoadministren la droga.

En estos experimentos se ha descubierto que la cocaína y las anfetaminas son las drogas cuyo refuerzo primario es más fuerte. Los sujetos del experimento, consumen estimulantes por varios días, sin comer ni descansar, hasta caer exhaustos; a esto sigue un periodo de abstinencia, seguido de otro de continuo consumo.²

En cambio, es difícil adiestrar animales para que consuman morfina o heroína (opíáceos), o para que beban alcohol; el refuerzo de la nicotina y el de la cafeína es aún menor que el de los

¹ Hernandez & Hoebel, 1988; Koob Bloom, 1988; Wise, 1988 en Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Nueva York, Pergamon Press, 1990, p.524.

² Ibid., p. 524.

opiáceos. Por lo que no nos podríamos explicar el extendido uso de alcohol, café y cigarros únicamente como consecuencia del "refuerzo primario".

2. Refuerzo secundario

Después de un periodo de administración continua de algunas drogas, el cuerpo ha adaptado su funcionamiento a ellas. Cuando estas sustancias no están presentes, algunas funciones muestran alteraciones que povocan un "síndrome de abstinencia".³

Este "síndrome", como motivo para continuar el uso de alguna droga es un "refuerzo secundario". En el caso de la dependencia a los opiáceos, el síndrome de abstinencia incluye ojos llorosos, moqueo, desórdenes gastrointestinales, náusea, vómito, etc., síntomas que aparecen después de algunas horas de no haber ingerido la droga. La abstinencia en el caso de los barbitúricos puede llevar al usuario hasta la muerte, pero cuando se trata de estimulantes, no ha sido comprobado que exista esta manifestación de la dependencia física.

Una de las razones por las que los adictos a la heroína o a la morfina continúan el uso de la sustancia, es para evitar los síntomas de abstinencia.

En el caso de las anfetaminas y la cocaína, no es ampliamente aceptado que exista un síndrome de abstinencia; su refuerzo secundario está relacionado con el círculo vicioso en el que entra el usuario al consumirlas para evitar el cansancio, sin sentir

³ Ibid., p. 523.

hambre y sueño, sintiendo mayor fatiga cada vez que pasan los efectos estimulantes y buscando continuar el consumo de este tipo de sustancias para evitarlos.⁴

Cuando un adicto se "desintoxica" deja de sentir síntomas de abstinencia, y desaparece el refuerzo secundario. Por esta razón, este tipo de teorías no explican por qué un adicto que se ha rehabilitado y cuyo organismo ya no es dependiente de ninguna sustancia, y que conscientemente no quiere volver a consumir drogas, reincide, no sólo en el uso sino en el abuso de barbitúricos, benzodiazepinas, heroína, cocaína, etc. Algunas teorías postulan que este tipo de personas son psicológicamente propensas a la experimentación y el uso continuo de drogas.

3. Teorías psicológicas

Las características de la "personalidad vulnerable" a la dependencia de drogas, según los autores que defienden la existencia de dicho perfil psicológico, se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. Dificultades para manejar situaciones de frustración, ansiedad, y depresión;
2. Urgente necesidad de satisfacer deseos;
3. Dificultades en las relaciones con los demás;

⁴ Williams, Narcotics and Hallucinogens, p. 25, en Schlaadt & Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1986, p. 180; Ver también Welti and Wright, "Death Caused by Recreational Use of Cocaine", p. 2520; en Schlaadt, op. cit., pp. 85-86; Goodman & Gilman, op. cit., pp. 529 y 545; Grinspoon, The Speed Culture. Amphetamine Use and Abuse in America, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1975, pp.164-180.

4. Problemas de autoestima;
5. Personalidad impulsiva, gusto por los riesgos y poca preocupación por la salud.⁵

El número de personas en una sociedad, en este caso la de Estados Unidos, que tienen problemas que los abruman, que no puedan solucionar, es enorme. Este tipo de personas son propensas a utilizar sustancias psicotrópicas o adoptar otros patrones de conducta compulsiva (como comer o trabajar demasiado) y representan un enorme mercado potencial para el uso y abuso de drogas.

Cuando a este tipo de personas se les retira la droga por medio de la cual evadían el problema, es más fácil que busquen otra, a que aprendan a solucionarlo.⁶ En términos de mercado, esto implica que lograr una reducción en la demanda no depende de eliminar la oferta de unas cuantas drogas y dejar en el mercado otras que las substituyan.

4. Razones psicosociales por las cuales, individuos con, o sin "personalidad vulnerable", consumen drogas

Algunas drogas, como el alcohol y la marihuana, son consumidos para desinhibir al usuario y facilitar el acercamiento de unas personas con otras. En algunos casos el individuo decide consumir

⁵ Pearson & Little "The Addictive Process in Unusual Addictions, a Further Elaboration of Etiology" The American Journal of Psychiatry, vol. 125: 9, marzo 1969, pp. 1161-1171; en Goodman & Gilman, op. cit., p. 543; Schlaadt, op. cit., p.22.

⁶ Pekkanen, The American Drug Connection, Profiteering and Politicking in the "Ethical" Drug Industry, Chicago, Follett Pub. Co., 1973, p. 330.

alguna substancia, no por sus efectos, sino para sentirse identificado con un grupo y ser aceptado en él.'

Muchas drogas, principalmente las alucinógenas, son utilizadas para desafiar al peligro y experimentar sensaciones nuevas. "Los sentidos están atestados con muchos estímulos externos que los han aturdido, las drogas psicoactivas son un camino en busca de nuevas sensaciones. Si lo percibido por los sentidos de manera natural es aburrido, la gente busca alterar los sentidos".⁷

Ese tipo de drogas pueden ser elegidas por su capacidad de estimular la introspección cuando el individuo se siente confundido. Además del uso de alucinógenos como forma de aventura sensorial o introspección, también se les utiliza como forma de escape.

El uso de estimulantes, desde el café hasta las anfetaminas, tiene por objeto aumentar algunas capacidades, evitar el sueño o el cansancio cuando las cargas de trabajo son excesivas o en periodos de exámenes finales⁸. El uso de cocaína, a mediados de los ochentas era también un símbolo de posición social o económica y "glamour".

⁷ Grinspoon, Marijuana Reconsidered, 1971, p.202, en Schlaadt, op. cit., p.20.

⁸ Zuckerman, Marvin, "The Search of High Sensation" Psychology Today 11 No. 9 (February 1978):38 American Psychological Association, en Schlaadt, op. cit., p. 17.

⁹ Grinspoon, op. cit., pp.98-103.

5. Razones psicosociales del consumo de drogas, por sectores de población

A. Consumo de drogas por menores

Aun cuando el contacto de los niños con las drogas no sea consciente, algunos consumen sustancias que alteran la mente, aunque sea en dosis muy pequeñas. Un chocolate puede contener de 4 a 20 miligramos de teobromina (un estimulante de la familia de la cafeína) y una Coca-cola, 45.6 miligramos de cafeína (una taza de café soluble contiene 65 miligramos en promedio); además, algunos de los medicamentos para los resfriados a veces contienen codeína.

El medicamento con potencial de abuso más fuerte al que pueden estar expuestos los niños en Estados Unidos, es Ritalin[™]. El ingrediente activo de este medicamento es metilfenidato, un derivado de la anfetamina que se receta para ayudar a los niños hiperactivos a tranquilizarse. Este producto sólo debe ser administrado a menores que tienen alguna deficiencia orgánica, pero en ocasiones se utiliza cuando existen problemas de conducta que tienen otro origen, sin atacar las causas reales.

En cualquier caso, una consecuencia del uso de este producto es que el niño interprete que al tomar una sustancia, gana aceptación de los demás, actitud que puede llevarle en lo sucesivo al consumo de otras drogas.¹⁰ El mensaje no intencional es "una pastilla puede resolver un problema".

A los once o doce años empieza el uso de cigarrillos, alcohol,

¹⁰ Schlaadt, *op. cit.*, pp. 81-82.

mariguana y/o inhalantes como complemento de actividades recreativas. Estas drogas tienen en común que pueden ser probadas en pequeñas dosis, lo que puede ser importante para un niño o adolescente que siente curiosidad, pero también miedo."

B. Consumo de drogas por adolescentes

El uso de inhalantes declina, en promedio, a partir de los 13 años, que es cuando empieza el consumo de otras sustancias psicotrópicas,¹² principalmente mariguana, por lo que se puede suponer que si esas otras drogas no existen en ese momento, los adolescentes, después de los 13, no dejarán de utilizar inhalantes.

En secundaria se incrementa el uso de mariguana y puede aparecer el de estimulantes ("speed" o anfetaminas legalmente producidas); en preparatoria, es común encontrar uso diario de mariguana, y de alcohol los fines de semana; en esta etapa, el uso de drogas ilegales es más común que el de psicoterapéuticos.

C. Consumo de drogas por mujeres

Se ha observado que la población femenina de Estados Unidos consume más tranquilizantes que los varones de las mismas edades y posiciones sociales.

Algunas de las explicaciones que se han dado son que ellas

¹¹ Cider, Epidemiology of Inhalant Abuse, Rockeville, Maryland, NIDA Research Monograph, 1988, p. 176.

¹² Ibid., p. 180.

visitan al médico con mayor frecuencia y que tienen mayor facilidad para hablar de sus problemas emocionales, por lo que el doctor cuenta con motivos para recetar algún tranquilizante o sedante. Por otra parte, se cree que a las mujeres les preocupa más seguir las normas sociales, lo que les puede impedir pensar en drogas ilegales.¹³

D. Consumo de drogas por ancianos

En 1985, las personas mayores de 60 años representaban 11.5% de la población de Estados Unidos, y compraban el 30% de los medicamentos existentes. Las posibilidades de combinar, o de hacer mal uso de las sustancias son muy grandes, por lo que pueden crear dependencia a algún medicamento aún sin saberlo.

Además del mal uso de psicoterapéuticos, algunas personas de edad avanzada pueden consumir estimulantes como una forma de rechazo a la pérdida de habilidades o para combatir la depresión causada por envejecer.¹⁴

2.2 Características culturales que motivan el uso de drogas

La cultura de la sociedad actual en Estados Unidos no sólo incluye percepciones negativas sobre el uso de drogas, cuenta también con costumbres, valores e ideas que refuerzan su uso.

Parte de las costumbres están cambiando a medida que se crea conciencia sobre lo perjudicial que estas sustancias resultan para

¹³ Schlaadt, *op. cit.*, p. 136.

¹⁴ *Ibid.*, pp. 42-47.

la salud. Sin embargo, el culto a la salud puede ser un arma de dos filos: se desechan algunas costumbres de socializar consumiendo alcohol o marihuana, de trabajar fumando tabaco y tomando café (sin descafeinar), o de consumir Coca-cola con cafeína, pero no se ha llegado a concebir como dañino el consumo de pastillas; después de todo, son creadas para recuperar la salud, por lo que la nueva conciencia sobre la salud no ha contrarrestado las costumbres de tomar antidepresivos, sedantes, o utilizar estimulantes para cambiar estados de ánimo, posponer problemas, o aumentar el rendimiento físico.

Una de las razones por las que esto sucede es el deseo de dar soluciones externas (en este caso químicas) a algunos problemas e incomodidades.¹⁸

Se calcula que entre 60 y 80% de los pacientes que van al doctor, lo hacen por razones no médicas.

...normalmente están solos, cansados, infelices o deprimidos. Pero no están enfermos [...] Si el doctor se adhiere estrictamente al principio de medicina que dice "no se da tratamiento sin identificación de enfermedad por sus síntomas", no puede hacer nada, médicamente, por estas personas.

Los antidepresivos deben ser recetados sólo cuando se haya establecido que la depresión es causada porque el nivel del neurotransmisor "norepinefrina" en el cerebro está por debajo de lo normal; no obstante, se estima que 15% de la población en Estados

¹⁸ Pekkanen, op. cit., pp. 81 y 95.

¹⁹ Ibid., p. 91.

Unidos sufren de síntomas de depresión", y que más de la mitad de las medicinas prescritas por médicos generales son "mood drugs" (medicinas con capacidad de alterar el ánimo).

En cierta medida, la característica cultural de procurar no "sentir" las consecuencias de los problemas (frustración, depresión, tensión, ansiedad, etc.), ingiriendo sustancias, provoca que este tipo de medicamentos sea recetado más de lo necesario, pues es común que este tipo de pacientes no se conformen con un diagnóstico, también quieren que se les dé alguna solución, esperan que se les recete alguna medicina."

Es aquí donde se pierde la línea divisoria entre uso, mal uso y abuso de drogas. Por ejemplo, en un primer momento, Darvon™ (propoxifen), puede ser recetado para eliminar algún dolor físico, después el paciente se autoreceta Darvon™ para cualquier malestar y descubre también cierto alivio a los problemas de la vida diaria, por lo que, con el tiempo, el medicamento puede provocar dependencia psicológica."

El uso de estimulantes en Estados Unidos es reforzado socialmente. "Las anfetaminas[...] ayuda a la gente a incorporarse a lo que es visto como el propósito de la sociedad: estudiar para exámenes, conducir distancias largas en camiones, incremento de la

¹⁷ White Rabbit, Drug Information Center (DIC), University of Oregon, 1975, p. 20; en Schlaadt, op. cit., pp. 58-59.

¹⁸ Pekkanen, op. cit., p. 94.

¹⁹ Schlaadt, op. cit., p. 185.

capacidad física".²⁰

Se cree que los estimulantes no afectan los procesos productivos ni la competitividad, al contrario, se les encuentra una utilidad completamente acorde con esos valores de la sociedad estadounidense.²¹

Algunos de estos valores están relacionados con el "sueño americano" y guían la conducta de gran parte de los estadounidenses.

Los valores que sustentaron la creación de Estados Unidos como nación y que prevalecen en la conciencia colectiva de sus habitantes, son libertad e igualdad; es decir, "igualdad de oportunidades" y "libertad de alcanzar metas y acumular riqueza material" hasta donde las capacidades individuales de cada quien lo permitan.²²

Igualdad de oportunidades y libertad para lograr lo que cada quien pueda son las bases que, de acuerdo con el "sueño americano", permiten que en Estados Unidos "el mejor tenga éxito" y "sobreviva el más apto". "Mérito y excelencia"²³ son las grandes metas a alcanzar, cada uno por su cuenta, pues los demás son competidores en esa lucha por ser el mejor, por sobrevivir.

Esta forma de pensar, al ser aplicada a la vida cotidiana,

²⁰ Grinspoon, op. cit., pp. 179-180.

²¹ Goodman & Gilman, op. cit., p. 541; Grinspoon, op. cit., pp. 179-180.

²² Burns (et. al.), Government by the People, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 13a. ed., 1989, p. 556.

²³ Ibid., p. 558.

imprime una fuerte presión al individuo que está obligado a ser competitivo y tener éxito, lo que puede motivar el uso de psicotrópicos para soportar o reducir la tensión, e incrementar capacidad de trabajo.

El "sueño americano" ha sido impugnado desde hace más de dos décadas por grupos que sufren discriminación, o a los cuales, por alguna otra razón, no han tenido igualdad de oportunidades. En el otro extremo del espectro social encontramos a los blancos, anglosajones de clase media y alta que son los "creyentes" más devotos de esta "doctrina".

Es entre estos últimos que se dio la ola de consumo de estimulantes en la década pasada; tal vez como una manera de lograr un "mérito" o esfuerzo mayor, e incrementar la capacidad de trabajo, para seguir obteniendo éxito y acumulando riqueza, donde las oportunidades realmente se están reduciendo; tal vez esta epidemia de estimulantes sea para los consumidores identificados con el "establishment", una forma de negar que la productividad de Estados Unidos se está mermando y que esto puede afectar su nivel de vida.

Si entendemos el consumismo como una necesidad de comprar y usar cosas para verse mejor, sentirse mejor o insertarse en ciertos círculos sociales con un estilo de vida determinado, la necesidad de sentirse mejor mediante el uso de un producto farmacéutico crea un mercado que utiliza y fomenta la industria farmacéutica, la cual, como cualquier otra industria, busca lograr la mayor cantidad de ventas posibles.

1. Amenaza de guerra constante e intangible

Un factor que puede ser constante en el ánimo de la mayor parte de los estadounidenses, principalmente los jóvenes, es la constante amenaza de guerra, que puede dar un giro a los planes de vida personales.

Erigido como defensor del "mundo libre", Estados Unidos, puede emprender acciones militares -decidir invadir o defenderse- en cualquier momento, lo que afectaría directamente a cada familia donde algún miembro deba participar, e indirectamente al resto de la sociedad.

El temor creado por este peligro se puede explicar porque cada generación, desde hace cuatro, ha tenido que librar una guerra importante: la Guerra de Secesión, la Primera Guerra Mundial, la Segunda Guerra Mundial, Corea y Vietnam y por último "la Tormenta del Desierto", lo que ha creado una conciencia o temor histórico.

2. Drogas socialmente aceptadas

Las drogas socialmente aceptadas son utilizadas por todo tipo de personas²⁴; el uso de alcohol y medicinas psicoterapéuticas está distribuido de manera más homogénea que el de drogas ilegales, es decir, es mucho más fácil encontrar personas de cualquier sexo, grupo étnico, clase social, en grandes ciudades o en pequeños poblados, que consuman alcohol y psicoterapéuticos que encontrar esto mismo respecto al consumo de drogas ilegales. Esto nos indica que el cambio de un producto por otro se puede dar con mayor

²⁴ Goodman & Gilman, op. cit., p. 530.

facilidad de ilegales a legales, que viceversa.

La Ley de Control de Sustancias de 1974, al dividir a las drogas en cinco categorías, de alguna manera nos presenta en niveles la "aceptación legal" de las medicinas con capacidad de alterar el ánimo. De esta manera, la codeína -por estar contenida en muchos medicamentos que se venden sin receta o en muchos otros de la quinta clasificación (la que impone menor control)-, o las benzodiazepinas -muchas de ellas ubicadas en la cuarta clasificación- serían algunas de las medicinas vistas por la sociedad estadounidense como drogas menos perjudiciales, y que, por lo tanto, se relacionan menos con "el problema de las drogas".

Cuando se habla de drogas "puerta de entrada", generalmente se piensa que las drogas menos potentes llevan al uso de otras más fuertes o más peligrosas, como en el caso de fumar tabaco, después marihuana y después "crack". Sin embargo también se conocen casos en los que, al uso de anfetaminas prescritas (sustancia potente, pero legal) sigue el uso de anfetaminas por vía intravenosa²⁵ y después de heroína.²⁶

Ejemplos como los anteriores nos llevan a pensar que no son las drogas menos potentes, sino las menos reprobadas, las que "abren la puerta" al uso de otras drogas, y que además, la forma en la que se administran es importante.

En las encuestas realizadas por agencias gubernamentales para evaluar los logros de los esfuerzos educativos, podemos encontrar

²⁵ Pekkanen, op. cit., p. 96.

²⁶ Schlaadt, op. cit., p.

reflejadas las actitudes sociales ante las drogas. En ellas se encontró que el consumo regular de heroína es el tipo de uso percibido como más perjudicial, seguido por el uso de PCP regularmente; el tercer lugar lo ocupa el uso ocasional de "crack"; el uso regular de marihuana es percibido como más peligroso que el ocasional de heroína.

De los encuestados que tuvieron oportunidad de usar cada droga, 65% si consumieron marihuana, 64% si utilizaron alucinógenos, 46% consumieron cocaína y 22% de aquellos que tuvieron oportunidad de consumir heroína, la probó.²⁷

La proporción de encuestados en la NHSDA que tuvieron oportunidad de utilizar determinadas drogas y lo hicieron, es muy alta al compararla con la percepción de peligro por uso de drogas que se indica en la misma encuesta.

El abuso de psicoterapéuticos no es incluido en esta encuesta, por lo que no podemos comparar la percepción de su uso, con la del uso de drogas ilegales, aunque presupondremos que no son incluidas precisamente porque su uso no es percibido como igualmente peligroso.

La respuesta de por qué el uso de sustancias que alteran la mente es mucho más extendido en los países industrializados que en el resto del mundo es muy difícil de dar sin hacer un estudio profundo de las características de las sociedades en aquellos países.

²⁷ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, National Household Survey on Drug Abuse, Rockville, Maryland, Government Printing Office, 1988, p. 134.

Esta parte del trabajo no resuelve si el consumo de drogas en Estados Unidos surge por necesidades psicológicas, pero sí esboza la posibilidad de que así suceda, pues se dan algunos indicios que nos permiten suponer que las personas que viven en Estados Unidos comparten angustias y temores que les hacen buscar válvulas de escape y que el uso de drogas es una de ellas.

Si esto es cierto, la demanda tiene raíces muy profundas y por lo tanto, muy difíciles de combatir, lo que nos permite suponer que una disminución en la oferta de las drogas más populares, no necesariamente resultaría en un menor consumo, pues si las razones para buscar estados alterados permanecen, seguirá habiendo razones para consumirlas.

De acuerdo al análisis de este capítulo, las características culturales que propician el consumo de drogas en Estados Unidos, parecen prevalecer, por lo que no parece lógico que se esté reduciendo el consumo como lo indican los documentos oficiales de los que hablaremos en el quinto capítulo, más aún si se considera que la coyuntura actual reúne algunas de las circunstancias que han contribuido, en otras ocasiones, a fomentar el cambio de una sustancia por otra, como se verá a continuación.

2.3 ¿Por qué han sido substituidas unas drogas por otras?

En Estados Unidos, ya en otras ocasiones se ha substituido el consumo de una droga por el de otra; observar algunos de estos casos nos servirá para especular sobre los motivos por los cuales esto ha sucedido.

Algunas veces el canje se ha dado, principalmente, por una crisis social. Tal fue el caso del consumo de drogas durante los sesentas y setentas; en otros casos el cambio es provocado por las restricciones morales y jurídicas al uso de alguna substancia en especial. También puede suceder que un nuevo producto se introduzca en el mercado y empiece a competir con los ya existentes, ganando la preferencia de algunos consumidores; o simplemente, puede darse un cambio de producto por una disminución de la oferta de alguna droga cuyo uso había sido extendido.

1. Disminución de la oferta de la droga acostumbrada

En algunos casos, si el consumidor no encuentra el producto que acostumbra consumir, puede buscar otro; así sucedió en la época de la prohibición, cuando se crearon fermentos caseros y otras bebidas alcohólicas clandestinas.

Se ha observado también que "Algunos delirantes [...] han sido utilizados en épocas de tensión (guerra, escasez, depresión) como substitutos de drogas con mayor aceptación social pero no disponibles".²⁸

No siempre es el consumidor quien decide substituir el uso de un producto por otro; algunas veces el vendedor es quien toma la decisión de cambiar un producto por otro cuando no encuentra la mercancía para la que tiene clientela; en este caso, el consumidor

²⁸ Schlaadt, Richard & Peter Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1986, p. 141. Ver también Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Nueva York, Pergamon Press, 1990, p.558.

no siempre advierte el cambio, o no es informado de dicha substitución.

En estos casos en que la oferta de una droga disminuye y/o se vuelve inaccesible, algunos consumidores optan por combinar drogas para provocar una reacción mayor que si se sumaran los efectos de ambas; a esta reacción se le llama sinérgesis. Aunque esta práctica no implica total permuta, en realidad es una substitución parcial.

La combinación de esteroides con alcohol puede ser usada como substituto cuando el consumidor no encuentra su droga preferida.²⁹ El alcohol -al igual que muchos otros depresivos- cuando se combina con otra droga, multiplica el efecto de ambas, haciendo posible un ahorro en la cantidad ingerida de cada droga.

Combinaciones similares se encuentran en productos farmacéuticos con cafeína, codeína y derivados de anfetamina (como la PPA), que puedan ser vendidos sin receta médica.³⁰ Algunos pacientes en tratamiento, a quienes se les ha substituido el uso de heroína por metadona para reducir la adicción poco a poco, combinan el consumo de metadona con el de otras sustancias para lograr una sensación más parecida a la de la heroína.

2. Introducción de productos nuevos al mercado

En 1967 el DOM (anfetamina alucinógena producida

²⁹ U.S. Office of Drug Control Policy, National Drug Control Strategy 1990, enero de 1990, p. 47.

³⁰ Schlaadt, op. cit., p. 249.

clandestinamente) empezaba a venderse en el mercado negro en lugar de LSD. Una vez introducida al mercado empezó a trascender lo que el producto era realmente y para noviembre de ese año "el 'speed' había ocupado el lugar del LSD y de la marihuana como la droga que preferían los residentes de este centro [el parque "Golden Gate"] de nuestra subcultura de las drogas".³¹

Un fenómeno similar se dio en 1982 y 1985, cuando surgió un grave problema porque se vendieron análogos de fentanil, en lugar de heroína, en el mercado negro.

El fentanil fabricado en laboratorios clandestinos era muy semejante a la heroína, de manera que los consumidores no advertían el cambio. Sin embargo, su elaboración sin control de calidad dio como resultado un producto muy potente unas veces y casi inactivo en otras lo que implicó un problema para el consumidor al calcular la dosis. El producto, en general, resultó más potente que la heroína.

Después de una ola de uso generalizado que causó más de 100 muertes por sobredosis en California, el congreso estadounidense analizó el problema de la sustitución del consumo de sustancias controladas, por otras de estructuras químicas y efectos muy semejantes, que no estaban incluidas en alguna categoría de la Ley

³¹ Ver, Jaffe, Jerome M.D. (Asesor Científico del NIDA), "The re-emergence of Methamphetamine", presentación ante el Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos de la Casa de Representantes (Select Committee on Narcotics Abuse and Control) U.S. House of Representatives, 24 de octubre de 1989, p.3; Grinspoon, Lester M.D. & Peter Hedblom, The Speed Culture. Amphetamine Use and Abuse in America, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1975, p.55.

de Control de Sustancias de 1974 (CSA, por sus siglas en inglés). De dicho análisis surgió el "Analog Drug Enforcement Act" como una enmienda a dicha ley, para incluir los análogos de las sustancias ya controladas.³²

Sirva el ejemplo anterior para ilustrar la facilidad con que un vendedor puede despachar un producto por otro. De esta forma, los análogos de fentanil se siguen vendiendo en lugar de heroína, así como los análogos de anfetaminas siguen entrando al mercado indistintamente.

3. Substitución de una droga por desaprobación, prohibición o publicidad negativa

Existen muchos ejemplos sobre el cambio de consumo de una droga cuyo uso se deaprueba o prohíbe con mayor énfasis, por otra menos sancionada. Baste por ahora citar el siguiente.

Durante la guerra de Vietnam, el ejército fue criticado por el uso extendido de marihuana, por lo que el Departamento de Defensa tomó medidas para prohibir dicha práctica. En esa época, el uso de opiáceos aumentó "...la presión creada por el estricto control de drogas, normalmente resulta inútil, sin embargo sí puede provocar un cambio a otras drogas".³³

En cuanto a tranquilizantes, la publicidad negativa sobre

³² Controlled Substances Analogs Enforcement Act of 1985 Audiencia ante el Comité Judicial del Senado, (Committee on the Judiciary), U.S. Senate, Washington D. C., 18 de septiembre de 1985, p.5.

³³ Schlaadt, op. cit., p. 33-34.

barbitúricos, propició que las benzodiazepinas los substituyeran tanto en el mercado legal como en el ilegal en los setentas y ochentas. A su vez, en estos últimos años, las benzodiazepinas están perdiendo espacios de mercado pues se le está dando mucha publicidad a algunos efectos peligrosos conocidos desde hace una década, pues están surgiendo productos nuevos con las cualidades de las benzodiazepinas, que han superado estos defectos.

4. Cambios en la dinámica social

Durante los años 60, en Estados Unidos se vivieron cambios sociales importantes y surgió todo un movimiento en contra del status quo. Entonces, el patrón de consumo empezó a cambiar, del uso casi exclusivo de alcohol y tabaco, hacia el consumo de alucinógenos, anfetaminas y barbitúricos. En esa época, algunos psicólogos opinaron que "el uso de drogas para alterar la conciencia no es nada nuevo [...] lo único que está ocurriendo es un cambio en la droga seleccionada".³⁴

De los cuatro elementos identificados en este capítulo, actualmente podemos identificar los siguientes:

1. Disminución de la oferta de la droga acostumbrada: gran parte de las políticas contra las drogas se proponen disminuir la oferta de las drogas que ahora predominan y las autoridades

³⁴ Weil, Andrew, The Natural Mind; citado en Schlaadt, op. cit., p.1.

afirman estarlo logrando.³⁵

2. Introducción de nuevos productos: están surgiendo gran variedad de productos nuevos con potencial de abuso, creados tanto por laboratorios clandestinos como por los laboratorios de investigación de la industria farmacéutica.
3. Desaprobación, publicidad negativa o prohibición: existe mucha publicidad negativa respecto al consumo de drogas (aunada a una creciente preocupación por la salud), y una fuerte restricción a su uso. Sin embargo, no se rechaza el abuso de todo tipo de sustancias que alteren la mente; la campañas van dirigidas principalmente contra el uso de cocaína, marihuana y heroína.

Se ha hablado de que al encarcelar a un narcotraficante, la estructura de su organización puede substituirlo sin que el negocio se vea afectado. Se habla también de que cuando se elimina un distribuidor callejero de una esquina, hay otros cinco haciendo fila para quedarse en su lugar. De igual manera, si se pudiera eliminar completamente una droga del mercado, habría más de cinco sustancias que, por sus características farmacológicas y precio, tendrían posibilidades de cubrir la necesidad de consumo de los usuarios de la sustancia eliminada, siempre y cuando ellos quieran seguir las consumiendo, como se verá enseguida.

³⁵ Véase la parte de "Tendencias de consumo" del capítulo V "Consumo de drogas y medicamentos psicoterapéuticos en los Estados Unidos".

3. LA OFERTA DE DROGAS: VARIEDAD DE PRODUCTOS Y COMPETENCIA

Al empezar a leer textos sobre drogas me enfrenté con que los diferentes artículos y libros sobre el tema clasifican a los psicoterapéuticos utilizando diferentes categorías. Por ejemplo, Richard Schlaadt¹ clasifica las drogas² en: cafeína, alcohol, nicotina, estimulantes, depresivos, alucinógenos y sustancias volátiles.

Una clasificación así provoca confusiones porque, por ejemplo, las sustancias volátiles y el alcohol, son depresores del sistema nervioso central.

De igual manera, el manual de farmacología de Goodman & Gilman clasifica a las drogas en: opiáceos, depresores del sistema nervioso central, psicoestimulantes, nicotina y tabaco, cannabinoides, psicodélicos (alucinógenos, psicotomiméticos y psicotogénicos), aricicloexilaminas e inhalantes.³ En ese manual, las drogas clasificadas como opiáceos o cannabinoides (de acuerdo con la materia prima de la que se extraen) se muestran mezcladas

¹ Schlaadt & Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1986.

² A lo largo de este trabajo utilizo la palabra "droga" para referirme a "drogas ilegales y medicinas psicoterapéuticas" o psicotrópicos (sustancias que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central).

³ Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Nueva York, Pergamon Press, 1990.

con psicodélicos, depresores o psicoestimulantes, drogas agrupadas así por sus efectos.

Con el propósito de evitar confusiones, elaboré el siguiente cuadro en el que se aclaran los tipos de clasificación que se pueden utilizar de acuerdo con diferentes criterios.

Tipos de clasificación

Cuadro No. 1.

Derivados del mismo compuesto o materia prima	Nivel de procesamiento químico al momento de consumir	Efectos similares en el sistema nervioso central	Condiciones de producción	País de origen (respecto a Estados Unidos)
opiáceos o narcóticos	naturales	Depresivos	ilegales	Nacionales
canabinoides	semisintéticas	Estimulantes	legales	Extranjeras
derivados de la coca	sintéticas	Psicodélicos		
derivados de anfetaminas				

Fuentes: Goodman & Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Nueva York, Pergamon Press, 1990; Schlaadt & Shannon, *Drugs of Choice*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1986.

En el primer renglón del cuadro están las categorías de acuerdo a las que se clasifican las drogas. Cada columna muestra algunos de los grupos de acuerdo con la categoría que encabeza la columna.

Una droga no puede pertenecer a dos grupos de una misma columna, pero no tiene por qué estar excluida de grupos de otras columnas. Por ejemplo, la heroína es un opiáceo, semisintético, depresivo, su uso en Estados Unidos es ilegal y proviene del

exterior; pero no podría ser opiáceo y canabinoide al mismo tiempo.

El cuadro anterior podrá emplearse como referencia al hablar de efectos y patrones de consumo en capítulos posteriores y nos servirá para entender las similitudes y diferencias de cada droga con la que cuenta el consumidor en Estados Unidos.

La presentación de las drogas que se hace a continuación clasifica a las drogas por "familias" -lo cual nos dará idea de la variedad de productos- y por sus efectos, resaltando las características farmacológicas que puedan ser atractivas para quien utiliza drogas "con fines recreativos".

Con objeto de hacer una comparación de unas sustancias con otras por su grado de "peligrosidad", al mencionar cada droga incluiré la clasificación en la que se encuentra, de conformidad con la Ley de Control de Sustancias (Control Substances Act, CSA), que agrupa a las sustancias con potencial de abuso de la siguiente forma:

- I. Sustancias con alto potencial de abuso, sin uso médico aceptado ni siquiera bajo estricta supervisión. La producción, la venta y el uso de estas drogas es ilegal.
- II. Sustancias con alto potencial de abuso, cuyo uso médico con restricciones es aceptado; pueden crear severa dependencia psicológica y adicción física. La producción, comercialización y uso de estas sustancias están rigidamente controlados.
- III. Sustancias con menor potencial de abuso, uso médico aceptado y que pueden crear alta dependencia psicológica y adicción

física moderada. El control de producción de estas sustancias es menos estricto y su uso requiere receta médica.

IV. Sustancias con bajo potencial de abuso, uso médico y que pueden crear dependencia psicológica limitada.

V. Sustancias con menor potencial de abuso respecto a las sustancias de la clasificación anterior.⁴

Unas drogas compiten con otras de efectos similares

La sustitución de una droga por otra ocurre con mayor facilidad cuando éstas tienen efectos iguales o similares. Así pues, agrupo las drogas con características clínicas parecidas, como primer criterio de selección de productos sustitutos.

A pesar de que los efectos de las drogas no son el único factor que los consumidores toman en cuenta al seleccionar el fármaco a utilizar, supondremos que el consumidor hace una selección racional del producto, distinguiendo los efectos deseados de aquellos otros que le parecen desagradables, para elegir, el producto con mayores ventajas para sus propósitos. En este caso, los efectos "indeseables" no necesariamente corresponden a los "colaterales" de cualquier droga.

Las acciones de cualquier droga incluyen un conjunto de efectos inseparables, por ejemplo, las anfetaminas causan estimulación y falta de apetito; los medicamentos para bajar de peso, cuyo ingrediente activo es alguna anfetamina, provocan

⁴ U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Control Substances Act. As amended to June 1, 1985, Washington D.C. , Government Printing Office, 1985, p. 843.

también estimulación: éste es un efecto colateral para quien las usa como anoréxico. En cambio, cuando este mismo medicamento se consume por su capacidad de cambiar el estado de ánimo, la disminución del apetito puede ser un efecto no deseado, no es colateral porque ese es el propósito médico del producto.

De esta forma, resulta imposible hacer una división "objetiva" de efectos deseados o no deseados, porque depende de las preferencias de cada consumidor y éstas pueden ser muy diferentes de uno a otro, como en el caso de cualquier mercancía. Sin embargo podemos distinguir algunas características que suelen ser preferidas por muchos consumidores, y tomarlas como ventajas que tienen unos productos sobre otros en el mercado.

1. Clasificación de drogas por efecto.

A. Depresivos.

Se llama así al conjunto de drogas con capacidad de reducir la actividad del cuerpo: analgésicos, sedantes-hipnóticos, tranquilizantes y delirantes. Los efectos que le dan nombre a cada grupo, sin embargo, no se encuentran exclusivamente en ese grupo.

Por sus características químicas, encontramos las siguientes "familias" de depresivos: narcóticos u opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas y solventes de hidrocarbóno.

a) Analgésicos: opiáceos o narcóticos

Del opio se obtienen diferentes alcaloides con capacidad de

influir en el funcionamiento del sistema nervioso central. Se utilizan generalmente como analgésicos o como espectorantes.

La clasificación I de la Ley de Control de Sustancias (drogas ilegales) agrupa veintidós derivados del opio, incluyendo:³ heroína, derivados de codeína y derivados de morfina.

Estados Unidos importa legalmente más de 400 toneladas de opio para la fabricación de medicinas. Las medicinas con narcóticos de las que más se abusa son:

A lo largo de todo el capítulo, la ubicación de las diferentes drogas o medicinas en clasificaciones de la Ley de Control de Sustancias se obtuvo de una base de datos elaborada utilizando:

1) US Department of Justice. Drug Enforcement Administration. Controlled Substances Act, As amended to June 1, 1985 (CSA), pp.843-846.

2) "Summary of Drug Scheduling Activities under the Controlled Substance Act of 1970 prepared by the Office of Diversion Control, regulatory support section, information systems unit". 9 de marzo de 1987.

3) Edward R. Barnhart (Editor), The Physicians' Desk Reference (PDR), Oradell, Nueva Jersey, Medical Economics Co., 1991.

De la Ley (CSA) obtuve la clasificación de los nombres genéricos (químicos), del PDR los nombres de los productos farmacéuticos que contienen sustancias controladas, las características de los productos (advertencias en la etiqueta) y la clasificación del producto de acuerdo con la Ley (CSA). El "Summary of Drug Scheduling Activities under the Controlled Substance Act of 1970 (2) fue útil para obtener las drogas de la clasificación I (drogas ilegales), que no están en el PDR porque, obviamente, no son productos farmacéuticos.

Opiáceos con usos médicos

Cuadro No. 2.

Clasificación CSA	Nombre genérico	Marca
II	fentanil	Zemsoxyn [™] , Innovar [™] , Sublimaze [™]
II	hidromorfona	Hydromorphone hydrochloride [™] (3) [*] , Dilaudid [™]
II	morfina	Astromorphan/PF [™] , Duramorph [™] , MS Contin [™] , MSIR [™] , OMS Concentrate [™] , RMS Suppositories [™] Roxanol [™] , Morphine Sulphate [™] (5)
II	hidroclorato de metadona	Dolophine HCL [™] , Methadose [™] , Methadone HCL [™]
III	codeína	Tylenol with codeine [™] , Phyenaphen [™] , Codalan [™] , entre muchos otros.
IV	propoxifen	Darvon [™] , y se puede encontrar también como Darvocet N-100 [™] , SK65 Compound [™] y Wygesic [™] .

* el número entre paréntesis significa cuántos productos son comercializados con el mismo nombre por diferentes laboratorios.

Fuente: Véase nota No. 5 de este capítulo.

Efectos de los analgésicos

Los derivados del opio se utilizan principalmente por su propiedad de reducir el dolor, y muchos de los medicamentos analgésicos contienen opiáceos.

El alivio de dolor y la sensación de bienestar o "euforia", son los motivos del interés del consumidor por estas drogas. La hidromorfona, la heroína y la morfina son las más importantes en este sentido; el propoxifen, la pentazocina y la codeína cuentan también con esta propiedad.

Para quien abusa de drogas existen otros dos factores importantes para preferir un producto sobre otro; primero, su

potencia y segundo, el tiempo que duran sus efectos.

El fentanil (Innovar[™] y Sublimaze[™]) es uno de los opiáceos más potentes. Haciendo un cálculo comparativo tenemos que el fentanil es 10 veces más potente que la heroína, ésta es 10 veces más potente que la morfina, y esta última 10 veces más potente que el opio.

Existen otros productos como la codeína y el propoxifan, medicamentos menos potentes que el fentanil, la heroína o la morfina, cuando no se combinan con otros productos.

En cuanto al tiempo de acción, cabe hacer una aclaración: generalmente, el usuario tiene preferencia por drogas cuyos efectos duren más, mientras el efecto lento no se traduzca también en una experiencia menos intensa. Por ejemplo, la heroína tiene un efecto más intenso que el de la morfina, pero no tan duradero;⁸ por lo que la heroína es más atractiva para usos recreativos.

Por otra parte, existen motivos por los cuales un consumidor puede desear el uso de alguno de estos productos; los narcóticos producen náusea, vómito, sensación de boca seca, sueño, reducen el ritmo e intensidad de la respiración, el pulso y el ritmo cardíaco. Además, su abuso es notorio; quien está bajo sus efectos tiene el mismo aspecto del ebrio por abuso de alcohol.

En el mercado existe un producto que combina tres alcaloides de opio: morfina, codeína y papaverina. Este medicamento se utiliza para aliviar el dolor con la misma potencia que la morfina

⁸ Physician Desk Reference (PDR), op. cit., pp. 605 y 937.

pero con una dosis menor y sin provocar los efectos colaterales correspondientes. La combinación refuerza sólo los efectos deseados. Mezclas parecidas representan otra posibilidad para quien usa drogas con propósitos no médicos.

Por último hablemos de tolerancia. Con el paso del tiempo, el cuerpo necesita de dosis mayores para producir el efecto deseado. Sin embargo, en el caso de los analgésicos, la tolerancia a los efectos no deseados se desarrolla de manera más lenta.⁷ Por este motivo, conforme la dosis va creciendo para lograr los mismos efectos deseados, los no deseados se vuelven proporcionalmente mayores.

b) **Sedantes hipnóticos y tranquilizantes.**

i) **Derivados del ácido barbitúrico.**

Los barbitúricos son sustancias cuyo ingrediente principal es el ácido barbitúrico.

Las farmacias estadounidenses ofrecen una gran variedad de barbitúricos, aun cuando su uso médico ha declinado con el descubrimiento de otros depresivos considerados más seguros.

⁷ Goodman & Gilman, op. cit., p. 525.

Barbitúricos con usos médicos

Cuadro No. 3.

Clasificación CSA	Nombre Genérico	Marcas
II	amobarbital/ secobarbital	Amobarbital Sodium [™] , Amsee [™] , Amilbarbitone [™] , Duobarb [™] , Duobartital [™] , Lanabarb [™] , Paradual [™] , Twin Barbital [™] , Tuinal [™]
II	secobarbital	Secobarbital [™] , Sec-Kap [™] Secozem [™] , Seconal Sodium [™]
II	pentobarbital	Nembutal Sodium [™]
IV	fenobarbital	Phenobarbital [™] (4), Phenobarbital Sodium [™] (2), Luminal [™]
	pentobarbital	Euthanasia [™] , Sleepaway [™] , Somnopentyl [™] y otros 20
	fenobarbital	Quadrinal [™] , Donnatal [™] Mudrane [™] y otros 10
	fenobarbital/ butabarbital/ secobarbital	SBP [™] , Butseco [™] , Ethobral [™] , Tri- Barb [™]
	amobarbital/ secobarbital/ fenobarbital	Laybarb [™]
	fenobarbital/ pentobarbital butabarbital/ secobarbital	Nidar [™] , Quad-Se [™]
	fenobarbital/ pentobarbital butabarbital	Secanap [™] Trio-Barb [™] , Triple Barb [™] , Truxabarb [™]
	fenobarbital/ codeína	Phenaphen with codeine [™]

Fuente: Véase nota No. 5.

Como se puede notar en el cuadro No. 4, no todas las medicinas que contienen la misma substancia se ubican en la misma clasificación de acuerdo con la Ley de Control de Substancias, porque el efecto de cada medicina depende, tanto de la cantidad de

ingrediente activo que incluye, como del resto de los componentes. Por tal motivo, al no haber encontrado información fidedigna sobre la clasificación a la que corresponde un gran número de medicinas con barbitúricos, esta parte del cuadro quedó incompleta.

ii) Benzodiazepinas y sus derivados.

Benzodiazepinas más comunes con usos médicos

Cuadro No. 4.

Clasificación CSA	Nombre Genérico	Marca
IV	diazepam	Valium [™] , Valrelease [™] , Diazepam Injection [™] , Diazepam [™] (7) *
IV	clorodiazepoxido	Librium [™]
IV	flurazepam	Flurazepam [™] , Dalmane [™]
IV	lorazepam	Ativan [™]
IV	oxazepam	Oxazepam [™] y Seraxm [™]
IV	temazepam	Temazepam [™] Restoril [™]
IV	triazolam	Halcion [™]
IV	alprazolam	Xanax [™]
no clasificado	bupiriona **	Buspar [™]

* El número entre paréntesis significa cuántos productos se comercializan con el mismo nombre por diferentes laboratorios.

** Se trata de un medicamento que no es considerado peligroso, por lo que no aparece en la CSA, es decir que se puede adquirir sin receta.

Fuente: Véase nota No. 5.

Las benzodiazepinas entraron al mercado en la década de los setenta. Conquistaron el mercado de tranquilizantes fácilmente, substituyendo, en gran medida, el uso de barbitúricos; esto fue posible gracias a que las posibilidades de sobredosis con

benzodiazepinas son menores que con barbitúricos.⁸ Las benzodiazepinas están en las últimas dos clasificaciones de la Ley de Control de Substancias.

El Valium[™] es un medicamento muy conocido y uno de los que más se abusa; en esta década su popularidad ha disminuido, mientras la de productos como Halcion[™] y Xanax[™] ha aumentado. Se calcula que más de siete millones de estadounidenses toman Halcion[™] para provocar sueño y suponemos que ese dato se refiere sólo a quienes utilizan el medicamento legalmente.⁹

La buspirona es una alternativa para substituir a las benzodiazepinas cuando el paciente ha creado hábito o está en riesgo de crearlo.

Efectos de las drogas sedantes-hipnóticas y tranquilizantes.

En general los efectos de estas drogas son muy parecidos a los producidos por el uso de alcohol, inclusive en que pueden variar dependiendo de la situación, la dosis y la personalidad del consumidor.¹⁰

En este grupo, los barbitúricos fueron los primeros en aparecer y han sido los más estudiados; muchas de las características descubiertas en ellos son generalizadas a toda droga sedante hipnótica.

⁸ Cowley, Springen, Iarovici & Hager, "Sweet Dreams or Nightmare?", Newsweek, 19 de agosto de 1991, p. 36.

⁹ Ibid., p.34

¹⁰ Goodman & Gilman, op.cit., p.535.

Todas estas sustancias tienen en común características atractivas al consumidor como la capacidad de producir sueño, aliviar la tensión y disminuir el dolor.

Los barbitúricos son utilizados principalmente como somníferos y no como analgésicos, pues la disminución del dolor solamente la logran administrados en dosis altas.¹¹

Los consumidores de otras drogas también consumen barbitúricos para aliviar los síntomas de abstinencia¹² en el caso de la heroína, para disminuir la estimulación de las anfetaminas y para intensificar los efectos de otros depresivos.¹³

La "euforia" causada por los depresivos es producto de esta capacidad de eliminar la tensión y de relajar, pues de esta manera aumenta la sensación de bienestar y se facilita la socialización.

Los efectos no deseados de estas drogas son la pérdida de coordinación motriz, de capacidad de concentración en el entorno, dificultad de pensamiento, disminución de los reflejos y otras manifestaciones notorias en la torpeza al hablar, al operar máquinas, manejar, etcétera.¹⁴

Quienes consumen drogas para cambiar su estado de ánimo,

¹¹ Physicians Desk Reference, op. cit., p.120.

¹² Los síntomas de abstinencia son producidos cuando el organismo se ha adaptado a funcionar con una sustancia, que deja de ser administrada. Los síntomas del retiro de heroína son los más conocidos: sudor, diarrea, fiebre y dolor muscular, entre otros.

¹³ Schlaadt, op. cit., pp. 130-131.

¹⁴ Ibid., p.135; Goodman & Gilman, op. cit., pp.535-539; Physicians Desk Reference, op. cit., pp.1264-1265, 1846-1847, 1859-1867, 2287.

prefieren sustancias cuyos efectos se produzcan en pocos segundos, como el pentobarbital, el secobarbital, el diazepam, el alprazolam y el lorazepam.

Este tipo de consumidores prefieren drogas que no causen malestares una vez que pasa el efecto, ésta es una ventaja de la metaqualona¹⁵ y una desventaja de los barbitúricos y el metilpropión.

Las consecuencias a largo plazo, del abuso de drogas, no son las más importantes cuando un consumidor empieza a consumirla; sin embargo, la fuerza y gravedad de los síntomas de abstinencia de los barbitúricos, pueden llegar a provocar la muerte, por lo que, tal vez, en este caso sean tomadas en cuenta.¹⁶

c) Delirantes: Solventes de hidrocarbano.

Los solventes de hidrocarbano son sustancias contenidas en productos como el thinner, el cemento, la gasolina, el corrector líquido y la laca entre otros. Al hablar de ellos como sustancias psicoactivas, se les clasifica, por su forma de administración, como "inhalantes", y por sus efectos, como delirantes.

En el grupo de los inhalantes también podemos encontrar otras sustancias que no tienen estructuras químicas similares, pero que pueden relacionarse por su efecto depresivo del sistema nervioso central: los anestésicos (cloroformo, éter y óxido nitroso), los

¹⁵ Schlaadt, *op. cit.*, p. 133.

¹⁶ Goodman & Gilman, *op. cit.*, p. 537.

aerosoles" y el nitrito de amil y butil."

La gasolina, el thinner, el cemento y algunos anestésicos, al ser inhalados, producen hilaridad, sensación de estar flotando y alucinaciones, así como disminución de la atención a sucesos externos y menor impacto de las emociones.

Los síntomas desagradables producidos por inhalar estas sustancias son dolor de cabeza, falta de coordinación motriz, náusea, vómito, ojos llorosos, hiperactividad y falta de control de la conducta.

En general, los depresivos cuentan con características tan parecidas, que la substitución de unos productos por otros dentro de este mismo grupo parece muy sencilla. Las diferencias entre los efectos provocados por unos y otros no son fáciles de encontrar y no son tan importantes como para evitar que sean considerados substitutos, ni siquiera entre analgésicos, sedantes hipnóticos y tranquilizantes.

Dentro de este tipo de drogas (depresivas), la heroína es la que más llama la atención de la política antidrogas. Si se lograra detener el contrabando de esta droga, el resto de los depresivos aquí descritos -y algunos alucinógenos con los que comparten características depresoras- podría tomar su lugar.

¹⁷ Shlaadt, op. cit., pp. 140-141.

¹⁸ Cider, Epidemiology of Inhalant Abuse, Rockville, MD, NIDA Research Monograph, 1988, p.1.

B. Estimulantes.

a) Derivados de la hoja de la coca.

La cocaína es un producto semisintético fabricado con hojas de coca machacadas a las cuales se les agrega un solvente; es la droga más popular de las derivadas de la planta Erythroxylon. La cocaína es un polvo delgado, incoloro, inodoro y de sabor amargo, cuya influencia en el sistema nervioso central es potente y rápida.

Esta droga se encuentra en la clasificación II de la Ley de Control de Sustancias, porque algunas veces se usa en oftalmología, para dilatar la pupila, para prevenir perforaciones después de operaciones de cataratas, como anestesia local y para detener sangrados.

De la cocaína es posible obtener una preparación conocida como "free base" eliminando, por métodos químicos sencillos, las impurezas disueltas en la cocaína. La potencia y tiempo de acción de esta preparación son mayores que los de la cocaína, precisamente porque el componente activo está más concentrado.

Derivado de la cocaína, el "crack" es una droga en forma de piedra que se fuma y llega en muy poco tiempo al torrente sanguíneo; a su forma de administración y a su pureza debe la rapidez con la que actúa en el sistema nervioso central. La cocaína, la "free base" y el "crack" son productos semisintéticos.

b) Anfetaminas y sus derivados.

Las amfetaminas son de las drogas más utilizadas entre aquellas producidas en Estados Unidos. En 1988 alrededor de

600,000 recetas médicas con estas sustancias fueron surtidas en farmacias estadounidenses, eso, sin contar con aquellas que fueron vendidas en el mercado negro.¹⁹

Entre las anfetaminas prohibidas (clasificación "I" de la CSA) podemos encontrar las variantes alucinógenas DOM, MDA y MDMA. El nombre genérico de las drogas antes citadas es metoxianfetaminas.

Cualquier anfetamina -y muchas otras drogas- producen efectos alucinógenos al ser administrados en dosis altas; sin embargo, en las metoxianfetaminas el efecto alucinógeno es el predominante.

El uso de DOM se extendió en dos ocasiones a finales de los setentas y actualmente el consumidor lo encuentra en el mercado negro con el nombre de "super ácido" o "mezcalina orgánica", aunque no es muy común.²⁰

MDMA es un producto que se destila de la nuez moscada, es tres veces más alucinógena que la mezcalina y se puede encontrar en el mercado como "extacy".

La nuez moscada es un condimento culinario, fácil de encontrar, se puede utilizar para alterar la mente en su forma natural, aunque no es muy común porque produce síntomas desagradables posteriores a los efectos.²¹

Hoy en día existen, cuando menos, veinte variantes de la

¹⁹ Jim Parker, Crystal, Crank & Speed Stuff. A Close-up Look at Stimulant Drugs, 1989, s.e., s.l. (folleto).

²⁰ Grinspoon, Lester M.D. & Peter Hedblom, The Speed Culture. Amphetamine Use and Abuse in America, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1975, p. 53,

²¹ Addiction Research Foundation, Facts about Hallucinogens, revisado en enero de 1989, Canadá. (folleto).

anfetamina que se venden en las farmacias de Estados Unidos en productos con más de 100 marcas.²²

Anfetaminas más comunes con usos médicos

Cuadro No. 5.

Clasificación CSA	Nombre Genérico	Marca
II	dl-anfetamina	Benzedrine [™]
II	dextro anfetamina	Dexedrine [™] y más de cuarenta marcas diferentes. ²³
II	meta anfetamina	Desoxyn [™] y cuando menos otras 30 marcas.
II	anfetamina/dextro anfetamina	Bifetamine [™]
II	anfetamina/meta anfetamina	Obetrol [™]
II	metilfenidato	Ritalin [™] , Ritonic [™]
III	benzofetamina	Didrex [™]
III	fendimetrazina	Statobex-D [™] , Predulin [™]
III	pipradol	Alertonic [™]
IV	dietilpropión	Tenuate Dospan [™]

Fuente: Véase nota No. 5.

Cualquier producto de éstos, más los elaborados en laboratorios clandestinos, son conocidos en el mercado negro como "speed", "crank", "ice", "meth" y "crystal". Cabe aclarar que el nombre "crystal" se aplica, no sólo a anfetaminas en forma de cristal, sino a cualquier droga que tenga esta forma.²⁴ En

²² Grinspoon, *op. cit.*, p. 46.

²³ *Ibid.*, p. 46.

²⁴ Jaffe Jerome M.D. (Asesor Científico del NIDA), "The re-emergence of Methamphetamine", presentación ante el Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos de la Casa de Representantes (Select Committee on Narcotics Abuse and Control) U.S. House of

particular el Dexedrine[™], en el mercado negro es conocido como "Dixie" o "Cross top".²⁵

Cuando un medicamento no está dentro de alguna de las cinco clasificaciones de la Ley de Control de Sustancias se vende sin receta médica. Muchos de los productos para bajar de peso que contienen análogos de anfetaminas son vendidos en los supermercados y anunciados en los medios de comunicación como cualquier otra mercancía.

La fenilpropanolamina (PPA) no está clasificada en la Ley CSA (Control Substances Act), aunque es semejante al resto de las anfetaminas en estructura química y efectos, más de la mitad de las pastillas para bajar de peso son una combinación de esta droga y cafeína.²⁶

Efectos de los estimulantes.

Se conoce con este nombre genérico a aquellas drogas que provocan estado de alerta y aumento de la actividad motriz sin aumentar la fatiga o el sueño.

El uso médico de la mayor parte de los medicamentos cuyo ingrediente activo es una anfetamina, es ayudar a bajar de peso, pues disminuyen el hambre y aumentan el uso de energía almacenada

Representatives, Audiencia Pública del 24 de octubre de 1989, p.13.

²⁵ Schlaadt, op. cit., pp.74 y 76.

²⁶ Ibid., p. 249.

en el cuerpo.²⁷

Los efectos que resultan atractivos para quienes hacen mal uso o abusan de los estimulantes son la capacidad de producir euforia o sensación de bienestar, que aunado a una sensación de aumento en la capacidad de realizar tareas físicas y mentales, incrementa la autoestima, fomenta la congenialidad y reduce la inhibición.

Grinspoon, en su libro The Speed Culture,²⁸ retoma una serie de estudios sobre los efectos de las anfetaminas en rendimiento y cansancio y concluye que el uso de esta sustancia sólo mejora el desarrollo de tareas mecánicas, largas y tediosas, no aumenta la calidad del trabajo -medido en número de errores- aunque la velocidad sí es mayor; en cuanto a rendimiento intelectual, el autor concluye que bajo los efectos del estimulante el usuario sobrestima sus capacidades, por lo que tiene un rendimiento intelectual menor.

Los estimulantes también producen ansiedad, insomnio, agitación, aumento de la respiración, la presión y el ritmo cardíaco; estos efectos son repelidos por el consumidor. El peligro de psicosis (ataque de pánico y alucinaciones) es el efecto no deseado más importante para el consumidor.²⁹ Se habla mucho de la psicosis que se puede experimentar por el abuso de cocaína, sin embargo, en dosis similares cualquier anfetamina produce este mismo

²⁷ Physician Desk Reference, op. cit., p. 2103; Schlaadt, op. cit., pp. 74-76.

²⁸ Grinspoon, op. cit., pp. 62-95.

²⁹ Dye, Ice: Speed, Smoke and Fire. DNI Publication, 1990. (folleto).

efecto.

Las diferencias entre estimulantes se encuentran principalmente en su potencia y tiempo de acción, pues los efectos que producen son muy semejantes.³⁰

Estudios del NIDA [Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas] muestran que, en condiciones de laboratorio, sujetos familiarizados con la cocaína no pueden distinguir entre los efectos subjetivos de cocaína y anfetamina cuando les es administrada por vía intravenosa.³¹

Cuadro No. 6.

DROGA	LOS EFECTOS MAS INTENSOS SE LOGRAN EN:
"crack" fumado	15 minutos*
cocaína inhalada	50 minutos*
metanfetamina inyectada	40 a 60 minutos
metilfenidato oral	120 minutos
dietilpropión oral	120 minutos
anfetamina oral	90 minutos
dextroanfetamina oral	90 minutos

Fuentes: (*) Jeffcoat et. al., 1989, citado en Goodman & Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Nueva York, Pergamon Press, 1990, p. 541; Meyers, Frederick H. (et. al.), *Farmacología Clínica*, México, D.F., Ed. Manual Moderno, S.A., 1982.

Por la rapidez con la que empieza a producir los efectos deseados, el "crack" resulta la droga más atractiva. El tiempo que se requiere para que los efectos de la cocaína inhalada y la metanfetamina inyectada lleguen a su punto más alto es del doble, y aún sigue siendo atractivo para el consumidor. Las anfetaminas

³⁰ Goodman & Gilman, *op. cit.*, p.540.

³¹ Jaffe, Jerome, M.D (Asesor científico del NIDA) "The re-emergence of Methamphetamine", presentación ante el Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos de la Casa de Representantes (Select Committee on Narcotics Abuse and Control) U. S. House of Representatives, Audiencia Pública del 24 de octubre de 1989, p.12.

y dextro-anfetaminas, administradas oralmente, tardan seis veces más que el "crack" en lograr los efectos más intensos, lo cual explica que su abuso sea menos extendido.

De las drogas mencionadas en el cuadro número 6, la menos potente es el metilfenidato; la intensidad de sus efectos no es tan grande como los del resto de las drogas mencionadas; usada sin combinar, no es una droga con atractivos especiales para quienes buscan efectos fuertes y duraderos, y además el organismo crea tolerancia a sus efectos más rápido que a los de otras de este mismo tipo.

En contraste, los efectos de las metanfetaminas inyectadas son más fuertes y duraderos que los de las anfetaminas.³²

Entonces, aun cuando el consumo ilegal de cocaína es mayor que el de otros estimulantes, la metanfetamina es un producto igualmente atractivo para quienes utilizan estimulantes y podría tomar el lugar de la primera si ésta desapareciera del mercado.

C. Alucinógenos.

a) Marihuana y hashish.

La planta de la marihuana cannabis sativa, sintetiza orgánicamente cuando menos 400 sustancias de las cuales 60 son cannabinoides. Uno de éstos es el 1-Delta9-tetrahidrocannabinol (THC), sustancia responsable de los efectos psíquicos producidos por la planta. El resto de los cannabinoides pueden actuar únicamente como catalizadores o inhibidores de los efectos del 1-

³² Schlaadt, op. cit., p. 76.

Delta⁹-THC.³³

La marihuana consumida en Estados Unidos proviene principalmente de Colombia y México, mientras que un 25% aproximadamente, se produce en el propio territorio estadounidense, en California, Idaho, Oregon y Hawaii.³⁴ De acuerdo con estimaciones del House Select Committee on Narcotics Abuse, en 1984, la cosecha de marihuana estadounidense "podía valuarse" de \$10 a \$50 mil millones de dólares.³⁵

La proporción de marihuana extranjera y nacional ha ido cambiando en favor de la marihuana estadounidense.

La conveniencia de producir esta droga al interior se debe a que la marihuana, comparada con la cocaína y la heroína, es una droga que se vende barata y con la cual se debe traficar en volúmenes mayores para que el negocio sea redituable, pero entonces los cargamentos de marihuana resultan más fáciles de detectar. Así, el tráfico internacional de marihuana resulta más costoso, riesgoso y menos lucrativo que el de otras drogas.

La especie "sin semilla" es más potente que la especie cultivada en Colombia o en México, la calidad de la primera ha sido incrementada por medio de la selección de cultivos. Así, el efecto que en 1979 se obtenía con 3 gramos de marihuana, en 1986 se podía

³³ Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, op. cit., pp.549-550.

³⁴ Cooper, The Business of Drugs, Washington D. C., Congressional Quarterly Press, 1990, p.85; "Increasing US Pot Crop", January 8, 1985, citado por Schlaadt, op. cit., p. 216.

³⁵ Ibid.

lograr con uno solo de la especie "sin semilla" producida en Estados Unidos y actualmente, con medio gramo:³⁶ de tal forma que el número de dosis que se puede obtener con determinada cantidad de "sin semilla", es mayor que el que se obtiene con el mismo volumen de marihuana latinoamericana, por lo que podemos considerar que la proporción del mercado de marihuana captado por la nacional es mayor al 25% estimado tomando en cuenta solamente el número de toneladas.

La marihuana y el hashish son drogas que se utilizan en forma natural y están considerados dentro de la clasificación I de la Ley de Control de Sustancias (Control Substances Act, CSA). Su uso es permitido únicamente para investigación científica, no se reconoce ningún uso médico seguro y utilizarla es ilegal, aun bajo estricta supervisión médica.

Efectos de la marihuana

La marihuana es un depresor del sistema nervioso central y produce también efectos alucinógenos. Al igual que el resto de los depresores, induce relajamiento, provoca sueño y reduce la tensión; produce también sensación de ligereza, intensifica las percepciones sensoriales, actúa como diurético y estimula el apetito.³⁷

Los efectos de la marihuana cambian con la dosis y el medio en el cual se consume. Un cigarro de marihuana con 2% de

³⁶ Datos de la DEA, 1989, citados por: US Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, Washington D.C., Government Printing Office, enero de 1990.

³⁷ Schlaadt, op. cit., pp. 218-228.

concentración de THC (Delta⁹-Tetrahidrocanabinol) produce sensación de bienestar y sueño si el sujeto está solo³⁶, pero cuando se consume en un ambiente de fiesta, favorece la congenialidad, el buen humor y elimina restricciones emocionales o sociales³⁷ porque reduce la tensión.

Uno de sus efectos más llamativos para los consumidores es la intensificación de las percepciones:

Quienes fuman marihuana relatan [...] fantasías visuales más vividas e informan que el sentido del oído se agudiza. Estímulos visuales y auditivos que antes se ignoraban, pueden adquirir una calidad novedosa, y el tacto, el gusto y el olfato, que no son sentidos predominantes, parecen reforzarse.³⁸

Los efectos de la marihuana aparecen de 7 a 10 minutos después de fumarla, llegan a su máximo en 20 ó 30 minutos y rara vez duran dos o tres horas; es una droga de acción rápida.

Una vez descritas las características clínicas de los tranquilizantes y los sedantes hipnóticos, por una parte, y las de la marihuana, por otra, podemos notar que cualquiera de ellos produce, en esencia, efectos similares.

Los efectos no deseados producidos por un cigarro con 2% de THC, son la pérdida de reflejos, de memoria y habilidad para la concentración. En este estado es muy difícil realizar tareas que requieran una serie de pasos, pues la memoria de corto plazo se

³⁶ Goodman & Gilman, op. cit., p. 551.

³⁷ Schlaadt, op. cit., p. 218.

³⁸ Goodman & Gilman, op. cit., p. 551.

deteriora. El tiempo parece pasar más despacio y se confunde el pasado, el presente y el futuro.⁴¹

Con dosis mayores, la intensificación de las percepciones puede llegar a provocar alucinaciones que pueden aumentar hasta llegar a ser paranoia o delirio, "normalmente como producto de la sensación de que el estado provocado por el consumo de la droga nunca terminará".⁴²

Actualmente, la marihuana es la droga consumida por más personas en Estados Unidos, por lo que aumentan las posibilidades de que, al faltar esta droga, se sustituya, no sólo por productos con efectos similares, sino también por productos con los que comparta otras características, como precio. Las drogas de las cuales se habla a continuación comparten ambas características con la marihuana.

b) Drogas no clasificadas en familias químicas.

A lo largo de este trabajo, hablaremos de otras drogas no agrupadas en familias de compuestos químicos. Tal es el caso de algunos alucinógenos o psicodélicos (dentro de la clasificación I de la Ley de Control de Sustancias⁴³) como:

- el LSD (ácido lisérgico dietil amida-25),
- la mezcalina (ingrediente activo del peyote),

⁴¹ Ibid., p.551.

⁴² Ibid., p.551.

⁴³ US Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Control Substances Act. As amended to June 1, 1985, op. cit., p. 844.

- la psilocibina (contenida en el hongo psilocybe mexicana),
- el PCP (fenciclidina).

Efectos de psicodélicos y alucinógenos.

Estas drogas son agrupadas en la misma categoría por su capacidad de producir alucinaciones, característica que atrae a los consumidores de estos productos. En palabras de Alfred Goodman M. D.:

la capacidad [de los alucinógenos] de producir estados de percepción y pensamiento alterados, así como sensaciones que, de ninguna otra forma, excepto en sueños o en momentos de exaltación religiosa, pueden ser experimentados [es lo que atrae al consumidor].⁴⁴

De estas sustancias, las menos atractivas para el consumidor son las drogas naturales: los hongos de psilocibina y el peyote (mezcalina), porque tienen un sabor desagradable y producen náusea.

Al igual que los depresivos y la marihuana, estas drogas causan sueño y alivian la tensión.

Bajo los efectos de algunos alucinógenos, los sentidos no sólo son más agudos, también se pueden confundir: se oyen colores, se observan sonidos, se tocan sabores, se huelen texturas, como si la percepción de un sentido se derramara hacia otro; a esto se le llama sinestesia.⁴⁵

No es posible centrar la atención en las cosas en que normalmente se centraría; sin embargo, en el estado causado por

⁴⁴ Goodman & Gilman, op. cit., p.553.

⁴⁵ Ibid., p.556.

estas drogas, se descubren cosas que antes no se había observado, como el sonido del corazón palpitando, el de los árboles al moverse o percepciones similares.

Con el consumo de MDA se ha descrito una experiencia como "estado de doble conciencia", bajo el cual el individuo percibe su parte orgánica como algo separado de su conciencia y de la mente que lo observa.⁴⁶

Los efectos desagradables que acompañan necesariamente a los anteriores son náusea, taquicardia, debilidad muscular, inquietud, ansiedad⁴⁷ y disfuncionalidades emocionales como hilaridad extrema.⁴⁸ De todos los efectos indeseables, la posibilidad de experimentar ataques de pánico es la más temida por los consumidores.⁴⁹

Aun cuando estas drogas no difieren mucho entre sí por sus efectos, la potencia del LSD es 100 veces mayor que la de la psilocibina y 4,000 veces mayor que la de la mezcalina, y sus manifestaciones duran más tiempo.⁵⁰

Los efectos del LSD duran hasta doce horas, al igual que los del MDA. Los de la mezcalina pueden llegar a durar ese tiempo, pero generalmente duran de 7 a 10 horas, teniendo el PCP y la psilocibina los efectos más efímeros: de seis horas en promedio.

⁴⁶ Grinspoon, op. cit., pp. 56-60.

⁴⁷ Goodman & Gilman, op. cit., p. 557.

⁴⁸ Schlaadt, op. cit., p. 209.

⁴⁹ Ibid., p. 207-209; Goodman & Gilman, op. cit., p. 553-558.

⁵⁰ Ibid., p. 556.

Cualquier producto de estos puede substituir a la marihuana, si ésta desapareciera del mercado.

3. Drogas nacionales vs drogas extranjeras

Después de haber expuesto la variedad de productos entre los que puede escoger el consumidor de drogas en Estados Unidos, resulta indispensable conocer qué drogas son producidas en ese país, para poder analizar la posibilidad de que Estados Unidos llegue a abastecer su propio mercado.

Drogas Naturales

Cuadro No. 7.

Nacionales	Extranjeras
I Marihuana	I Marihuana/Hashish
I Mezcalina	I Mezcalina
I Psilocibina	I Psilocibina
I Nuez Moscada	II Opio
	II Hojas de coca

Fuentes: Informe NNICC, 1968, op. cit., Véase también nota No. 5.

1. En algunos estados del oeste de Estados Unidos se produce marihuana. Existen plantíos en propiedad forestal, en terrenos particulares y en invernaderos con medios artificiales para facilitar el cultivo bajo techo y evitar la detección.⁵¹
2. La mezcalina es producida y utilizada por algunas tribus en Estados Unidos en algunas ceremonias.

⁵¹ Cooper, op. cit., p.85.

3. En áreas de suelos húmedos, tanto en el sureste de Estados Unidos como en Canadá, crecen quince especies diferentes de psilocybe mexicana.⁵²
4. A pesar de que la nuez moscada es abundante, no es muy utilizada cuando existen otros alucinógenos.⁵³

Como se puede notar en el cuadro número 7, la variedad de drogas naturales que se pueden encontrar en Estados Unidos es comparable con la de las encontradas fuera de ese país. Aunque de ellas, la única que es consumida en proporción importante es la marihuana.

La popularidad de las drogas naturales en Estados Unidos tiene a disminuir por varias razones:

1. A partir de la Segunda Guerra Mundial, la tecnología se ha desarrollado de manera acelerada. La industria química no ha sido la excepción, y con ella, la farmacéutica. La substitución de remedios caseros y naturales, por medicinas, tiende a acelerarse en esta época, y esto incluye a los productos con potencial de abuso.
2. Por otra parte, al consumir una droga natural, se ingieren todos los elementos de la planta, de manera que el consumidor puede preferir tragar una pastilla, que comer algo de sabor amargo o de textura desagradable, como el peyote; puede

⁵² Schlaadt, op. cit., p. 209.

⁵³ Addiction Research Foundation, Facts About Hallucinogens, revisado en enero de 1989, Canadá (folleto).

preferir un producto sintético, cuyo ingrediente activo se ha aislado del resto de las sustancias con las que se encuentra en la materia prima y en el que la dosis está calculada de antemano, que calcular la dosis él mismo.⁴

La pérdida de popularidad de estas drogas, aunada al hecho de que cada vez existen más productos sintéticos que las puedan substituir, representan un factor más que facilita la substitución de drogas extranjeras.

Drogas Semisintéticas

Cuadro No. 8.

Naturales	Extranjeras
I, III codeína	I heroína
I morfina	II cocaína
I MMDA	

Fuente: Véase nota No. 5.

Drogas Sintéticas

Todas las drogas sintéticas que se consumen en Estados Unidos, tanto legales como clandestinas, son elaboradas en ese país, aunque algunos de los ingredientes activos sean importados.

Entre las drogas prohibidas o ilegales, está el "crack", que se procesa de la cocaína. Esta droga no entra al país en forma de "crack", es decir, aunque es producido internamente, si no entra cocaína a Estados Unidos, tampoco podrá haber "crack".

El LSD, el PCP, el DOM Y la MDA son procesados en laboratorios clandestinos.

Cabe recordar que las compañías que producen medicamentos son

⁴ Schlaadt, op. cit., p.12.

transnacionales, por lo que, en muchos casos algunos procesos son desarrollados en filiales en otros países; en cualquier caso se trata de importaciones legales y de las mismas compañías.

Por supuesto, las medicinas con potencial de abuso son en su mayoría sintéticas; de éstas, algunas de las más utilizadas son las siguientes:

Drogas sintéticas

Cuadro No. 9.

Clasificación II	Clasificación III	Clasificación IV
fentanil	benzfetamina	propoxifen
hidromorfona	fendimetrazina	fenobarbital
morfina	pipradol	diazepam
metadona	ácido licérgico	clordiazepóxido
dl anfetamina		fluorazepam
dextroanfetamina		lorazepam
metanfetamina		oxazepam
metilfenidate		temazepam
amobarbital		triazolam
secobarbital		
pentobarbital		alprazolam

Fuente: Ver nota No. 5.

Resulta interesante notar la existencia de gran variedad de drogas en el mercado de Estados Unidos, tanto legales como ilegales, capaces de ocupar el lugar de las ahora predominantes, naturales y semisintéticas.

Hemos visto que las drogas extranjeras que preocupan al gobierno de Estados Unidos se encuentran distribuidas en los tres grupos de drogas: depresivos, estimulantes y alucinógenos.

La heroína tiene un mercado reducido que ya comparte con el resto de los depresivos. Al mercado negro llegan muchos otros narcóticos legales y clandestinos; la marihuana puede ser

substituida por algún depresivo o por algún alucinógeno, y la cocaína podría ser fácilmente canjeada por anfetaminas fuertes como la metanfetamina.

De esta manera, si el consumidor estadounidense de drogas seleccionara sustancias farmacológicamente similares, su país cuenta ya con suficientes drogas que pueden reemplazar a la marihuana y a la cocaína latinoamericanas, así como a la heroína, por lo que cabe preguntar si se están dando sustituciones de esta índole.

4. CONSUMO DE DROGAS Y MEDICAMENTOS PSICOTERAPEUTICOS EN ESTADOS UNIDOS

Las estadísticas oficiales del gobierno de Estados Unidos muestran una clara tendencia a la disminución del consumo general de drogas y medicamentos psicoterapéuticos en su población. Al interpretar estos datos el gobierno da por hecho que el abandono de una droga en particular no se debe a la sustitución de una substancia por otra, supone que simplemente se deja de consumir.

Para saber de qué manera está reaccionando la demanda de drogas en Estados Unidos podemos observar la tendencia de uso de cada droga y compararla con la de otras semejantes. Si dentro del mismo grupo de drogas el consumo de una disminuye y el de otra aumenta, pudo haber sustitución.

Las explicaciones de que esto suceda o no, son parte del siguiente capítulo, en el que se analizará si los consumidores de las mismas regiones, edades, grupos raciales, etc., que dejan de consumir una droga, son los que ahora utilizan alguna otra cuyo consumo pudiera extenderse; en este capítulo nos limitaremos a ver qué drogas son más utilizadas que antes y cuáles menos.

Los indicadores sobre consumo que en seguida se exponen se obtuvieron principalmente de la Encuesta Nacional sobre Abuso de Drogas (National Household Survey on Drug Abuse: NHSDA 1988) que publicó el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse NIDA) en 1988, por lo que los datos cubren hasta ese año.

Tres observaciones sobre la encuesta

La encuesta se aplicó a una muestra representativa de la población de Estados Unidos. Se realizaron 8,814 entrevistas, de las cuales 10.2% se aplicaron a individuos de 12 a 17 años, 15% a personas entre 18 y 25 años, 19.4% a adultos de entre 26 y 35 años y el 55.4% restante a sujetos mayores de 35.

De acuerdo con los censos en Estados Unidos, estos porcentajes corresponden a la distribución de la población por edades, por lo que los resultados de la encuesta, expresados en porcentaje, se pueden interpretar como una estimación de consumo en la población total.

Por ejemplo, se estima que 2,923,000 estadounidenses utilizaron cocaína durante el mes anterior a la encuesta porque 1.5% de los encuestados informaron haberlo hecho. La estimación se obtiene calculando el 1.5% de la población de Estados Unidos, que vive en hogares, que es de 198,347,000¹. El estudio considera un margen de error de .5% (+/- medio punto porcentual).²

La Encuesta Nacional Sobre Abuso de Drogas (NHSDA) tiene algunas limitaciones que debemos tomar en cuenta al utilizar sus resultados.

I. Una de las críticas que se le hace a este estudio es que limita su muestra a personas que viven en hogares de Estados

¹ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988 (NHSDA), Rockville, Maryland, abril de 1988, p. 10.

² Ibid., pp. 3-8.

Unidos, y excluye a quienes viven en prisiones, hospitales, instituciones de beneficencia, casas de estudiantes y otros; por esta razón el consumo de heroína está subrepresentado en este estudio pues se supone que el consumo de esta sustancia se concentra en los sectores de la población excluidos de la muestra.

- II. El estudio se limita al territorio continental de Estados Unidos, lo que ignora los datos sobre la crisis de consumo de metanfetamina que ha vivido Hawaii en los últimos años.
- III. La muestra del NHSDA, incluye sólo personas mayores de 12 años. La magnitud del consumo de inhalantes -que puede iniciarse antes de los 12 y haber sido substituido por otras drogas alrededor de esa edad- puede estar pasando desapercibida en esta encuesta.³

4.1 Consumo de drogas en 1988

La población que consume alcohol y cigarrros, comparada con aquella que consume otras sustancias es considerablemente mayor, como se puede observar en la gráfica No. 1.

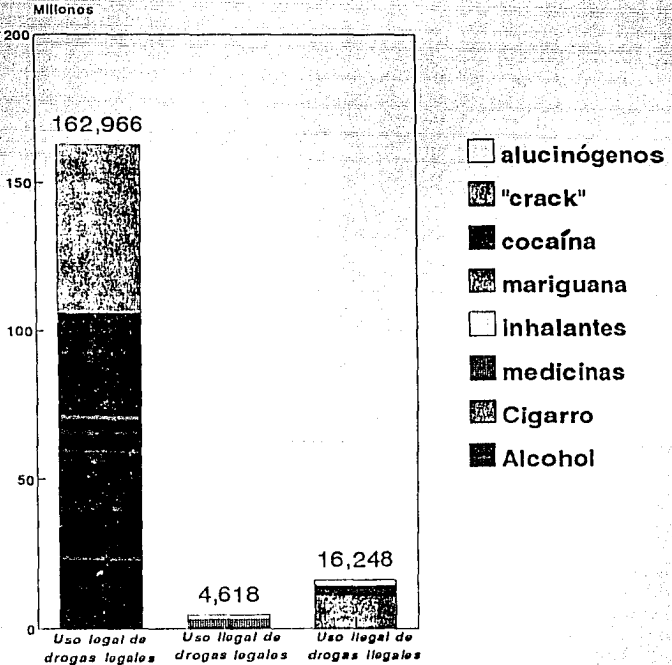
El NIDA estima que en el mes anterior a la encuesta, 105'845,000 estadounidenses consumieron alcohol cuando menos una vez y 57'121,000 consumieron cigarrillos,⁴ lo cual representa 53.4%

³ Ver: Cider, Epidemiology of Inhalant Abuse, Rockeville, Maryland, NIDA Research Monograph, 1988, p.2.

⁴ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), op. cit., p. 19.

USO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES

1988



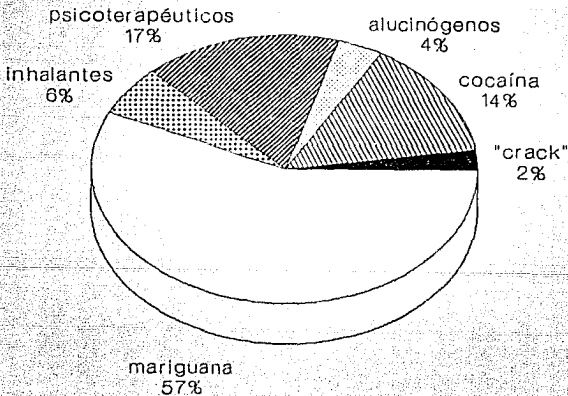
Fuente: NIDA, National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988, p.19.

y 28.8% de la población mayor de 12 años que vive en hogares, respectivamente. En contraste, las drogas prohibidas o no aceptadas socialmente fueron consumidas por el 9% (7.3% uso de drogas ilegales y 1.7% uso no médico de psicoterapéuticos) de la población de acuerdo a las estimaciones hechas en la encuesta.

De ese 9% que reconoció en la encuesta haber usado drogas y/o medicamentos psicoterapéuticos con propósitos no médicos, la mayoría informó haber consumido marihuana (5.9%), por lo que se calcula que 11'616,000 estadounidenses consumían marihuana o hashish cuando menos una vez al mes en 1988. El consumo del resto de las sustancias se estima como se expone en el cuadro número 10 y en la gráfica No. 2.

CONSUMO COTIDIANO DE DROGAS EN E.E.U.U.

(Consumidores estimados en la población que vive en hogares, mayores de 12 años)



Nota: Se considera consumo cotidiano aquel que tuvo lugar el mes anterior a la encuesta.

Elaboración propia con datos de: NIDA,
National Household Survey on Drug Abuse;
Main Findings 1988, p. 19.

Consumo de drogas en Estados Unidos
en 1988

Cuadro No. 10

Droga	Porcentaje de encuestados que la utilizó*	Usuarios estimados
Mariguana	5.9	11'616,000
Cocaína	1.5	2'923,000
Estimulantes	0.9	1'755,000
Inhalantes	0.6	1'225,000
Tranquilizantes	0.6	1'174,000
Analgésicos	0.6	1'151,000
Sedantes	0.4	784,000
"crack"	0.2	484,000

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988 (NHSDA), Rockville Maryland, abril de 1988, p.19.
* Encuestados que afirmaron haber utilizado la droga en el mes anterior a la encuesta.

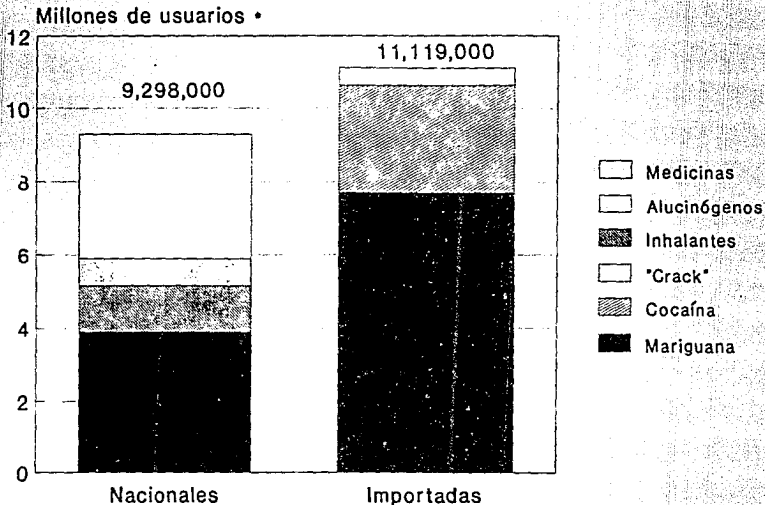
4.2 Consumo de drogas: nacionales vs extranjeras

Actualmente, el consumo ilegal de drogas en Estados Unidos es mayor cuando se trata de las extranjeras, aunque el número de consumidores de nacionales es significativo.

El número de consumidores de drogas ilegales importadas se estima en 11'119,000, mientras que los de drogas nacionales se calculan en 8'991,000, alrededor de un tercio menos, como se puede ver en la gráfica No. 3.⁵

⁵ Cabe aclarar que una misma persona puede consumir diferentes sustancias, por lo que no se puede sumar el número estimado de consumidores de cada droga para obtener la proporción de la población que consume drogas; el resultado de dicha operación representa la magnitud del consumo. Por eso el texto utiliza la frase "número de informes" y no "número de consumidores".

COMPARACION ENTRE CONSUMO COTIDIANO DE DROGAS NACIONALES E IMPORTADAS



Elaboración propia basada en: NIDA, National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988, p. 19.

• Los usuarios de más de un tipo de droga están contados en cada una de las partidas.

El consumo de marihuana, tanto nacional como importada, es el más extendido, seguido por el de estimulantes: anfetamina y metanfetamina nacionales y cocaína y "crack" que entran ilegalmente a Estados Unidos.

El uso no médico de psicoterapéuticos (1.7% de los encuestados) es tan importante como el consumo de cocaína (1.5%), lo cual puede pasar desapercibido ante la opinión pública por la forma en que los medios de comunicación presentan la información sobre consumo de drogas.

4.3 Tendencias en el consumo de drogas

El 25 de septiembre de 1990, el Dr. David Musto, Profesor de psiquiatría e historiador de "epidemias" de drogas escribió en el semanario "Voice of America" que la sociedad estadounidense está viviendo un cambio de actitud... "We are moving from being risk-takers to being risk-reducers".⁶

El Dr. Musto explica la reducción del uso de drogas por un cambio de actitud en la sociedad, por una conciencia sobre la salud que involucra la preocupación por el colesterol, los carbohidratos, el tabaquismo, etc., actitud que, de seguir fortaleciéndose, hará que el consumo de drogas deje de ser un problema social en un lapso de 10 a 15 años.

Por otra parte, la Asociación "Partnership Against Drug Abuse" realizó una encuesta sobre la actitud de los estudiantes

⁶ United States Information Service (USIS), Vertical File, 26 de septiembre de 1990.

adolescentes respecto a las drogas, coordinada por James E. Burke. Por las respuestas de los cuestionarios, el estudio concluye que el uso de drogas está dejando de ser una conducta aceptable entre los jóvenes pues el 70% de los consultados consideró importantes los riesgos legales; además disminuyó la proporción de adolescentes que informan que tienen amigos que usan drogas e informan que los que todavía las usan son vistos como perdedores.⁷

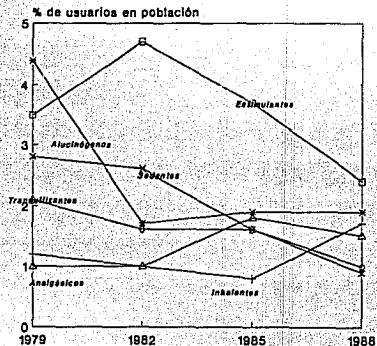
El artículo de David Musto y las conclusiones de Burke, parecen explicar los datos expuestos por el NIDA en 1989: que el consumo cotidiano de drogas se redujo de 23 millones en 1985 a 14 millones y medio en 1988,⁸ cantidad que aún representa una parte importante de la población (7%).

La proporción de consumidores es mayor entre las personas de 18 a 25 años, por lo que tomamos la tendencia de consumo en este grupo como representativa, pues además, el estudio no proporciona los datos sobre el porcentaje de entrevistados de otras edades que afirmaron haber consumido drogas durante la última década. (Véase al respecto la Gráfica No. 4 y el Cuadro No. 11).

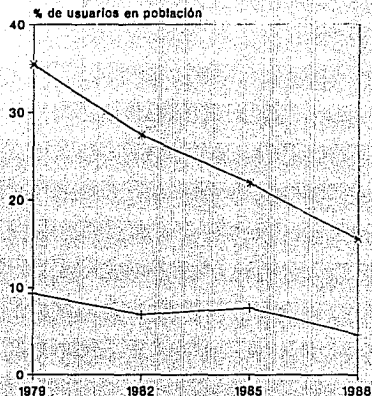
⁷ Roimano-Benner "Study Shows Americans are turning away from drugs", USIS, 4 de septiembre de 1990. Es importante tomar en cuenta que las campañas publicitarias y las restricciones legales han sido muy intensas a partir de 1985, por lo que los adolescentes encuestados saben cuáles son las respuestas que se esperan de ellos y tienen mayor temor a reconocer que ellos o sus amigos consumen drogas, por lo que se debe tomar con cautela la conclusión de la encuesta sobre el cambio de actitud.

⁸ U.S. Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, Washington D.C., Government Printing Office, septiembre de 1990, p.9.

TENDENCIA DE USO ILEGAL DE DROGAS 1979-1988



+ Inhalantes * alucinógenos □ estimulantes
 x sedantes o tranquilizantes △ analgésicos



+ cocaína * mariguana

Fuente: NIDA, National Household Survey on Drug Abuse, Main Findings, 1988, p.29.

**Tendencia del consumo de drogas
en el grupo de edades de 18 a 25 años**

Cuadro No. 11

Droga	1979 (%)	1982 (%)	1985 (%)	1988 (%)
Alcohol	75.9	70.9	71.4	65.3
Cigarros	42.6	39.5	36.8	35.2
Mariguana	35.4	27.4	21.8	15.5
Cocaína	9.3	6.8	7.6	4.5
Sedantes	2.8	2.6	1.6	0.9
Tranquilizantes	2.1	1.6	1.6	1.0
Alucinógenos	4.4	1.7	1.9	1.9
Estimulantes	3.5	4.7	3.7	2.4
Analgésicos	1.0	1.0	1.8	1.5
Inhalantes	1.2	---	0.8	1.7

Nota 1: La comparación se da en porcentaje de encuestados que reconoció haber utilizado la droga o medicamento cuando menos una vez en los 30 días anteriores a la encuesta.

Nota 2: Los datos sobre heroína son poco precisos por lo que no se da estimación al respecto.

--- No se ofrece estimación.

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988 (NNSDA), Rockville, Maryland, abril de 1988, p. 29.

Como se puede observar, en este grupo de edades, el consumo de las drogas que más preocupan a los funcionarios antidrogas, a los medios y a la opinión pública (cocaína y mariguana) efectivamente ha disminuido en la última década. Sin embargo, el cuadro izquierdo del gráfico, muestra la declinación del consumo de alucinógenos, de 1979 a 1982, después del auge que tuvieron en los setentas, coincidiendo con un aumento similar de consumo de estimulantes durante el mismo periodo. De igual forma, las tendencias que muestra el cuadro después de 1982 muestran el aumento del consumo de analgésicos e inhalantes, y la disminución del de sedantes y tranquilizantes. Estos datos nos muestran que no

es tan clara la disminución del consumo de todas las sustancias con potencial de abuso, por lo que es posible que se dé el reemplazo, parcial o total, del consumo de una droga por otra.

Veamos ahora la posibilidad de que la cocaína esté siendo substituida por otros estimulantes, de que la marihuana sea substituida por otros alucinógenos y la heroína por otros depresivos.

1. Substitución entre estimulantes

De acuerdo con la NHSDA, el consumo cotidiano de cocaína disminuyó de 1985 a 1988 en la población de 12 a 17 años (se redujo 0.4 %) y en los mayores de 25 (1.1%), mientras que en el grupo de 18 a 25 se mantuvo constante. Sin embargo, el consumo de otros estimulantes no parece haber sufrido ningún incremento, como sucedería si en general el consumo de cocaína estuviera siendo substituido por el de anfetaminas adquiridas sin receta médica.⁹

Debemos tomar en cuenta que la comparación que acabamos de exponer, está, en cierta forma, incompleta, pues los datos de la encuesta se refieren a consumo ilegal de estimulantes, y no cuenta con datos sobre consumo de estimulantes (como anfetaminas) en medicamentos vendidos con receta médica. Los canales legales podrían estar compitiendo con el mercado negro, fenómeno que, por lo pronto, no podemos comprobar.

De cualquier forma, aun centrando la atención en el mercado

⁹ Ver U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), *op. cit.*, pp. 28-30.

negro, existe información con la cual se podría substantar que ha habido un aumento en el consumo de anfetaminas: El informe del NNICC (National Narcotics Intelligence Consumers Committee) señala que el consumo de anfetaminas y metanfetaminas ha aumentado¹⁰, pues aun cuando la oferta creció, el precio se mantuvo constante por lo que se cree que la cantidad de producto comprado también se incrementó.

La NHSDA presenta una disminución en el número de consumidores de estimulantes, lo que no necesariamente disminuye la magnitud de la demanda, y el informe del NNICC se basa en estimaciones de droga vendida en el mercado negro (oferta), precio y número de emergencias hospitalarias que se relacionaron con dicha droga. La disminución del número de consumidores y el aumento de la oferta no trajeron consigo una disminución del precio, como sería de esperarse, por lo que suponemos que sucedió algo que mantuvo el nivel de demanda constante:

1. Aumento en el consumo per cápita, es decir que quienes siguen utilizando estimulantes consumen más.
2. Especulación de precios en el mercado negro.
3. Posible subregistro (por alguna razón, los encuestados en el NHSDA sigan consumiendo y no lo revelen en los cuestionarios)."

¹⁰ National Narcotics Intelligence Consumers' Committee, The NNICC Report 1988: The Supply of Illicit Drugs to the US, Washington D.C., Government Printing Office, abril de 1989, p. 51-53.

" Cfr. aclaración en la nota No. 7.

Resulta difícil creer que un número menor de consumidores pueda absorber una oferta creciente de anfetaminas, aunque las emergencias hospitalarias relacionadas con esta droga hayan aumentado. La posibilidad de especulación por parte de los vendedores disminuye porque se trata de pequeñas organizaciones no coordinadas y no de una gran mafia que pueda fijar precios monopólicos.¹²

También es posible que, además de un aumento en el consumo de estimulantes (cocaína y anfetaminas) por adictos, quienes antes consumían cocaína hayan reemplazado el uso de la droga ilegal por estimulantes en productos farmacéuticos, y que no lo informen en los cuestionarios por no considerar que abusan de estos medicamentos que además compran con receta en la farmacia y no en el mercado negro.

¹² Reuter & Haaga, The Organization of High-Level Drug Markets: An Exploratory Study, Santa Mónica, California, Rand Library Collection, febrero de 1989, pp. 33-51.

2. Substitución entre alucinógenos

Disminución de consumo de marihuana

Cuadro No. 12

Grupos por edad	1985	1988
12 a 17 años	12.0%	6.4%
18 a 25 años	21.8%	15.5%
mayores de 25	6.1%	3.9%

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988, (NHSDA 1988), pp. 28-30.

El consumo de marihuana y hashish en Estados Unidos está disminuyendo substancialmente de acuerdo con los datos antes expuestos; sin embargo el consumo de alucinógenos no ha aumentado: en el grupo de 12 a 17 años disminuyó y en el siguiente grupo se mantuvo constante. El estudio entiende por alucinógenos el LSD, el PCP, el peyote y la mezcalina.¹³

El informe del NNICC del mismo año, presenta datos sobre el aumento de las emergencias hospitalarias relacionadas con PCP y LSD,¹⁴ información que no concuerda con la supuesta reducción de la pureza de estas drogas informada por la DEA¹⁵, pues si disminuye el número de consumidores, la cantidad de producto vendido y la pureza (medida en porcentaje de ingrediente activo en la dosis), las emergencias hospitalarias deberían disminuir y no aumentar.

¹³ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), op. cit., p. B-6.

¹⁴ National Narcotics Intelligence Consumers' Committee, op. cit., p. 53.

¹⁵ En la década de los años 70, el promedio de pureza del LSD era de 150 a 300 microgramos por dosis, y en los años ochenta fue de 20 a 80 microgramos por dosis y sigue disminuyendo. Ibid., p. 51.

El incremento de emergencias hospitalarias relacionadas con LSD o PCP puede deberse a combinaciones de estas drogas con otras, aunque la incongruencia entre los datos de la DEA, del NNICC y de la encuesta NHSDA podría explicarse también si el consumo de LSD y PCP no hubiera sido informado en la encuesta NHSDA por ser, precisamente éstas, las drogas más rechazadas socialmente, lo que hace que su consumo sea negado (o justificado) aún por el consumidor.

Un año después de la encuesta NHSDA, la encuesta a estudiantes de último año de preparatoria (High School Senior Survey) de 1989 patrocinada también por el NIDA, informa que el consumo de PCP entre estudiantes del último año de preparatoria ha aumentado un 100% en 1989 (de 1.2% de los encuestados a 2.4%).¹⁸ Lo cual nos indica que no en todos los sectores de la población ha disminuido el consumo de alucinógenos.

Las metanfetaminas MDMA y la DOM, son también drogas alucinógenas, sin embargo, no podemos saber si el consumo de estas drogas creció porque los estudios sobre consumo suman estas sustancias con el resto de las variedades de las anfetaminas.

El "crack", aun cuando es un estimulante, por su potencia puede provocar alucinaciones fácilmente y de acuerdo con el informe del NNICC, el PCP ha substituido en parte al "crack".

En conclusión, lo más probable es que la mayoría de los consumidores de marihuana que ha abandonado el hábito no ha

¹⁸ U.S. Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, op. cit., p. 21.

substituido el uso de marihuana por el de otra droga, aunque no se puede descartar la posibilidad de que algunos de ellos consuman ahora "crack", "extacy" (MDMA), PCP o drogas con otros efectos que, combinadas, provoquen alucinaciones.

3. Substitución entre depresivos

Los datos expuestos en el informe del NNICC y en la encuesta NHSDA no reflejan una disminución de consumo de heroína, pero tampoco un incremento hasta 1988;¹⁷ sin embargo, datos posteriores nos indican que ha habido un aumento en el uso de heroína entre jóvenes, siendo que el uso de esta droga se daba normalmente en adultos.

De acuerdo a información periodística, este resurgimiento del consumo de la heroína se debe a que se ha extendido el uso combinado de un estimulante y heroína, o el uso de esta última para contrarrestar los síntomas desagradables posteriores al efecto deseado de algún estimulante. Ambos patrones de uso causaron 627 muertes en 27 ciudades de Estados Unidos en 1989.¹⁸

Por otra parte el NNICC informa que el consumo de pentazocina (Talwin[™], y Talcen[™]), combinaciones de hidromorfona (Dilaudid[™]) con codeína, y de glutetimida (Dioriden[™]) con codeína ha disminuido desde 1983, aunque la tendencia del consumo de oxicodona (Tylox[™],

¹⁷ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), *op. cit.*, pp. 20-30.

¹⁸ "Heroin Comes Back", *Time*, 19 de febrero de 1990.

Dihydrocomp[™], Codoxy[™] y Datril with Oxycodone[™]) ha aumentado.¹⁹ Por su parte la NHCDA da a conocer que el consumo de sedantes, tranquilizantes y analgésicos en la década de los ochenta disminuyó.²⁰

De acuerdo con los datos anteriores, se puede apreciar una clara tendencia a la disminución en el número de consumidores de drogas en Estados Unidos. Sin embargo, aún cabe la posibilidad de que el uso de drogas ilegales esté siendo substituido por el uso de medicamentos.

Los datos anteriores se basan en estudios que se centran en el consumo ilegal -definido en la NHCDA como el uso de marihuana, cocaína, inhalantes, alucinógenos, PCP, heroína "o el uso no médico de psicoterapéuticos"-²¹ o de la oferta del mercado negro, como en el informe del NNICC, por lo que podemos deducir que la demanda (el consumo) de drogas ilegales en Estados Unidos tuvo una tendencia a la baja en los últimos años (hasta 1988 y 1989).

El análisis sobre el mal uso o abuso de medicamentos psicoterapéuticos es más complicado, pues, por una parte, los datos no son fáciles de obtener, y por otra la diferencia entre abuso y uso legítimo no siempre es clara.

La posibilidad de abuso y mal uso de medicamentos puede ser

¹⁹ National Narcotics Intelligence Consumers' Committee, op. cit., p. 63.

²⁰ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), op. cit., pp. 28-30.

²¹ Ibid., p. B-6.

sustentada en argumentos, más que en cifras sobre disponibilidad, ventas o consumo.

4.4 El mercado gris de los medicamentos psicoterapéuticos

1. Definición de tipo de consumo de sustancias que alteran la conciencia

De acuerdo con la forma y la razón por la que se utilizan medicamentos psicoterapéuticos, la literatura médica distingue entre uso, mal uso y abuso de estos productos.

Cuando un psicoterapéutico es administrado, en cantidad, frecuencia y forma prescrita, para servir al propósito para el que fue creado, se está haciendo uso del medicamento.

En cambio, consumir la misma sustancia en cantidad, frecuencia o forma diferente a la aceptada medicamente, es hacer mal uso del medicamento. Esto incluye obtener recetas de diferentes doctores y consumirlas simultáneamente, aumentar las dosis o disminuir los periodos entre una dosis y la siguiente o combinar su uso con sustancias psicotrópicas como el alcohol.

Existe abuso cuando se consume una sustancia psicotrópica de manera o con propósitos diferentes a aquellos reconocidos en medicina. Por este motivo, el consumo de cualquier cantidad de marihuana o heroína (drogas sin uso médico aceptado) se considera abuso, al igual que el uso de cocaína, cuando no es como anestesia local. En cambio el uso diario de benzodiazepinas para aliviar

tensión durante menos de 150 días no es abuso.²²

2. Abuso velado de psicoterapéuticos

De acuerdo al Dr. Jerome Jaffe la línea divisoria entre uso y abuso es artificial, subjetiva y depende de una definición "social" del tipo de uso:

... para algunos, usar drogas puede ser visto como auto recetarse para tratar sufrimiento interno. Aunque el agente seleccionado o el patrón de uso vaya en contra de las normas sociales, para algunos individuos la alternativa puede ser un estado de tensión, mal humor o depresión intolerables.

Existen casos en los que no es fácil reconocer dónde acaba el uso, empieza el mal uso y se llega al abuso. Por ejemplo, a un paciente que visita al doctor padeciendo insomnio y ansiedad, el médico le receta un tranquilizante, al cual, con el paso del tiempo, desarrolla tolerancia; entonces el doctor o el paciente decide aumentar la dosis para obtener el efecto deseado.

²² Clasificación según la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, citada por: Schlaadt & Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1986, p. 4; Pekkanen, John, The American Connection, Profiteering and Politicking in the "Ethical" Drug Industry, Chicago, Follett Pub. Co., 1973, p. 25; Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Nueva York, Pergamon Press, 1990, pp. 522, 523.

²³ Goodman & Gilman, op.cit., p.530.

Tal vez, ni el paciente que toma benzodiazepinas para tratar insomnio o ansiedad por un periodo de meses, ni el doctor que lo recetó reconozcan que se ha creado dependencia. Ambos pueden suponer que la ansiedad, escalofrío e insomnio que emergen cuando se suspende la administración de la droga, es el regreso del insomnio y la ansiedad anteriores.²⁴

Al tratar de observar el aumento del mal uso y abuso de sustancias psicoterapéuticas, nos encontramos con este obstáculo, pues, normalmente, en las encuestas se pide a los participantes que definan ellos mismos el tipo de uso que hacen de estos productos; por ejemplo en la NHSDA, se pide al encuestado que responda afirmativamente a las preguntas sobre "uso no médico de psicoterapéuticos" si su consumo de medicamentos cumple con todas las siguientes características:

1. Adquisición sin prescripción médica;
2. en cantidades mayores a las que se acostumbra prescribir;
3. a intervalos menores que aquellos indicados por el médico, y
4. por razones que no son por las que se prescribió el producto ("to get high, feel good, curiosity, etc.")²⁵

Siguiendo las instrucciones del cuestionario, aquellos encuestados que utilizaran psicoterapéuticos, aun sin propósitos médicos reconocidos, en dosis mayores o más frecuentes a los que se recomienda normalmente en medicina, pero con recetas médicas, no tenían que responder afirmativamente en la parte del cuestionario sobre abuso de psicoterapéuticos, por lo que podemos suponer que la cantidad de consumidores que hacen mal uso o abusan de estos

²⁴ Ibid., p. 536.

²⁵ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), op. cit., p. 71.

medicamentos está subestimada.

La siguiente cita describe sucesos de los años cincuenta, en los que se vivió la primer ola de abuso de anfetaminas y barbitúricos, y nos ayuda a ilustrar la forma en que se disimula el abuso de medicamentos adquiridos con receta.

Amas de casa que tomaban anfetaminas para bajar de peso o tratar depresión se encontraban muy aceleradas como para poder dormir. ¿Qué mejor remedio que un barbitúrico? Pero después viene la "cruda" del barbitúrico: cansada, soñolienta ¿qué mejor que una anfetamina para reanimarse? Era el ir y venir de barbitúrico a anfetamina [...] que atrapaba sin que se dieran cuenta, a amas de casa, trailereros, estudiantes, artistas, atletas, doctores, cuyas vidas no llenarían los encabezados, sino que silenciosamente se desintegrarían en sus hogares. Este era y es el "mercado gris" del abuso de drogas que generalmente pasa desapercibido, pero que en números reales excede por mucho a los drogadictos que andan por las calles.²⁶

Otro motivo por el que el abuso de psicoterapéuticos puede pasar desapercibido es la percepción social que se tiene de los consumidores. Así, al llegar dos mujeres con sobredosis de anfetaminas de la misma marca a un hospital, la primera de 19 años y la otra una ama de casa de mediana edad, la adolescente es remitida a las autoridades y enjuiciada, mientras que la segunda es internada, en observación durante 36 horas.²⁷

De las sustancias con capacidad de deprimir el sistema nervioso central, los barbitúricos, las benzodiazepinas y similares son las que cuentan con mayor incidencia de uso no médico;²⁸ se

²⁶ Pekkanen, The American Connection. Profiteering and Politicking in the "Ethical" Drug Industry, op. cit., p. 23.

²⁷ Relato de un consulcor del hospital, reproducido en: ibid., p. 53.

²⁸ Goodman & Gilman, op. cit., p. 535.

calcula que alrededor de 50% de las recetas de tranquilizantes son innecesarias.²⁹

En un estudio hecho en Ontario, Canadá, con niños de secundaria, se observó que de 5 a 6% utilizaban algún tipo de tranquilizantes prescritos, mientras que de 3 a 4.5% los utilizaba sin haberlos adquirido mediante una receta.³⁰

A principios de los ochentas, el estudio DAWN (Drug Abuse Warning Network), que concentra información sobre emergencias hospitalarias relacionada con el uso de psicotrópicos, fue citado en un artículo que afirma que el Valium[™] era el medicamento del que más se abusaba en Estados Unidos, pues, de aquellos consumidores que lo adquirieron con receta médica, el 75% la utilizó para tratamiento de ansiedad e insomnio, y únicamente de 15 a 18% para reducir espasmos musculares y de 2 a 3% lo usó para tratar epilepsia o daños cerebrales.³¹

Cabe aclarar que, suponer que todas las veces que se receta Valium[™] para reducir ansiedad se hace mal uso del producto, no es del todo objetivo. Sin embargo los casos en que dicha ansiedad se debe a incapacidad de manejar situaciones tensas en la vida cotidiana son mucho más frecuentes que aquéllos en que se trata de

²⁹ Pekkanen, "The Impact of Promotion on Physicians Prescribing Patterns", Journal of Drug Issues, 6, No. 1 (Winter 1976): 14, citado en Schlaadt, op. cit., p. 134.

³⁰ Addiction Research Foundation, "Facts about Tranquilizers", Canadá, revisado en enero de 1989. (folleto)

³¹ Edmiston, "The Medicine Everybody Loves", p. 52, citado en Schlaadt, op. cit., p. 136.

un desorden fisiológico; es decir, las posibilidades de que personas que realmente no necesitan tomar la medicina abusen de ella son, de todas maneras, muy altas.

En los últimos años el Valium[™] ha perdido popularidad. En 1988 contaba con 8.5% de las recetas de tranquilizantes, porcentaje que se ha ido reduciendo hasta llegar a 6.3% en marzo de 1991. El mercado de tranquilizantes está dominado por Lexotan[™] (bromazepam), Ativan[™] (lorazepam) y Xanor[™] que cuentan con la mitad de las recetas en Estados Unidos cuando menos desde 1988 y hasta marzo de 1991.³²

Entonces, si gran parte del abuso de medicamentos psicoterapéuticos se da aunque la sustancia se obtenga legalmente, la disminución del consumo de drogas ilegales puede estar siendo substituido por drogas legales, por productos que no son vendidos en el mercado negro, sino en la farmacia, consumo que pasa desapercibido fácilmente en las estadísticas.

³² IMS (International Medicine Search), PMM Pharmaceutical Market USA, Switzerland, IMS Pub., mayo de 1991.

Ventas de somníferos y tranquilizantes

Cuadro No. 12.

Año	Número de recetas surtidas	Aumento respecto al año anterior
1988	44,907	
1989	53,017	18%
1990	63,594	19.9%
1991*	67,231	5.7%

Fuente: IMS (International Medicine Search), (empresa de consultoría sobre mercadotecnia en la rama farmacéutica), mayo de 1991.

* cantidad acumulada de marzo de 1990 a marzo de 1991.

El cuadro 12 nos ilustra el aumento en las ventas de tranquilizantes, que tal vez se deba a que algunos antiguos consumidores de drogas ilegales hayan pasado a formar parte del mercado legal de tranquilizantes.

En conclusión diremos que la tendencia a la disminución en el consumo ilegal de drogas parece general, pero que no se puede descartar el hecho de que pueda estar aumentando el consumo de productos legalmente adquiridos o de combinaciones.

En este punto sabemos que:

1. Los habitantes de Estados Unidos tienen suficientes drogas como para seguir usando fármacos si lo desean, aun cuando no hubiera ingreso de drogas ilegales extranjeras hacia Estados Unidos.
2. Si el consumidor seleccionara la droga a consumir por sus efectos, cuenta con más de un sustituto como opción.

Veamos si esos sustitutos se encuentran ya en el medio en el que vive cada tipo de consumidor.

5. SECTORES DE MERCADO CAPTADOS POR CADA DROGA

La gran publicidad que se da a la actividad policiaca en "ghettos" y barrios ha alimentado el mito de que el abuso de drogas es, principalmente, un problema de negros e hispanos de clase baja [...] 69% de los usuarios de cocaína son blancos y dos terceras partes de los consumidores tienen empleo.

Cuando se observa el consumo de determinada droga por individuos de diferentes características demográficas, se descubre que existen alternativas para todo tipo de consumidor: existen sustancias conocidas y accesibles a cada consumidor, que podrían substituir el uso de marihuana latinoamericana, cocaína o heroína si se acabara con la oferta de estas drogas.

En esta parte del trabajo se busca encontrar algunas regularidades sobre el tipo de consumidor que ha preferido una droga determinada hasta este momento. Se distingue al consumidor de acuerdo a variables como raza, sexo, edad o región del país en donde vive, para comparar los sectores de mercado captados por cada droga: si dos drogas son consumidas por los mismos sectores, supondremos que es más fácil la substitución de una de ellas por la otra que por una tercera que no esté ya dentro de ese mercado.

Los datos que aquí presento han sido tomados de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas de 1988 (NHSDA), en la que se

¹ Shannon, Elaine, Time, 3 de diciembre de 1990, p. 47.

presentan las proporciones de encuestados de cada sector de la población que afirman haber utilizado marihuana, alcohol, medicamentos, etcétera. De los datos de la NHSDA, selecciono los sectores de la población con mayor incidencia de uso de la droga que, en cada caso, nos ocupe, con lo que sabremos quienes consumen más esa droga. No debemos perder de vista que, aunque un grupo sea el dominante, los demás no quedan excluidos, veamos el siguiente ejemplo.

En Estados Unidos el alcohol y la marihuana son los psicotrópicos más consumidos. Se calcula que unas 105,845,000 personas (53.4% de la población mayor de 12 años de Estados Unidos) consumen alcohol cuando menos una vez al mes; los varones, los blancos, los habitantes del oeste del país y los empleados de medio tiempo son quienes más consumieron alcohol en 1988, sin embargo, la cantidad de mujeres, hispanos, habitantes de la zona central del norte del país y empleados de tiempo completo también representan una proporción importante de consumidores de alcohol.

Definiciones.

Grupo racial y étnico. La encuesta NHSDA divide a la población en blancos, negros, hispanos y otros. Los individuos que son blancos o negros y tienen origen hispano, son considerados como hispanos y no como blancos o negros. La categoría "otros" agrupa indios americanos, descendientes de asiáticos, etc., pero los resultados de sus respuestas no están incluidos en el informe sobre

la encuesta.

Status laboral. La NHSDA distingue cuatro categorías: empleado de tiempo completo, de medio tiempo, desempleado y "otro". Dentro de la última categoría se incluye a todos aquellos que estén retirados, incapacitados, jubilados o que sean estudiantes porque aunque no trabajen, no son desempleados.

Densidad de población.

1) Gran ciudad.- Areas metropolitanas que, incluyendo ciudades centrales y zonas conurbadas, en 1980 contaban con más de un millón de habitantes; estas definiciones son las que utiliza la Oficina de Censos de Estados Unidos.

2) Pequeñas ciudades.- Areas metropolitanas con más de 50,000 habitantes y menos de un millón.

3) Areas no metropolitanas.- Pequeñas comunidades y zonas rurales.

Regiones.

1) Noreste.- Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont, Nueva Jersey, Nueva York y Pennsylvania.

2) Zona Norte centro.- Illinois, Indiana, Michigan, Ohio, Wisconsin, Iowa, Kansas, Minnesota, Missouri, Nebraska, Dakota del Norte y del Sur.

3) Sur.- Delaware, Washington D.C., Florida, Georgia, Maryland, Carolina del Norte, Virginia, Alabama, Kentucky, Mississippi, Tennessee, Arkansas, Louisiana, Texas y Oklahoma.

4) Oeste.- Arizona, California, Colorado, Idaho, Montana, Nevada, Nuevo México, Oregon, Utah, Washington, Wyoming.

5.1 Consumidores de alucinógenos

Cuadro No. 13.

	Mariguana	Inhalantes	Alucinógenos	PCP ³	"crack" ²
Raza/etnia	Negros	Blancos	Blancos	Blancos	Negros
Edades	18 a 25	18 a 25	18 a 25	26 a 34	18 a 25
Sexo	varones	varones	varones	varones	varones
Estudios ⁴	EMS	ES	EMS o ES (I)	ES (I)	menos que EMS
Estatus laboral	Desempleado	Desempleado	Desempleado	Medio t. u "otro"	Desempleado
Densidad de población	Grandes Ciudades	Grandes Ciudades	Grandes Ciudades	Grandes Ciudades	Grandes Ciudades
Región	Oeste	Oeste y Norte-centro	Norte-centro	Noreste	Oeste y Noreste

1. He utilizado los datos sobre consumo en el mes anterior a la encuesta porque son los que mejor reflejan quienes SON los consumidores de esta droga actualmente.

2. La encuesta no proporciona datos sobre consumo en el mes anterior, por lo que utilice los de consumo en el último año.

3. El consumo en el mes o año anteriores a la encuesta es bajo y al dividirlo por características se pierde en proporciones muy pequeñas, por lo que el estudio no proporciona esos datos; en el cuadro utilice datos sobre quienes informaron haber consumido alguna vez.

4. EMS: Educación Media Superior ("High School").

ES: Educación Superior ("College Graduate").

ES (I): Educación Superior Incompleta ("Some College").

* Fuente: NHSDA 1988, pp.41,59, 64, 67 y 68.

De todos los encuestados negros, un 6.3% reconoció haber usado marihuana durante el mes anterior a la encuesta, sin embargo la diferencia entre la proporción de hispanos (6%) y de blancos (5.6%) consumidores no fue significativa, por lo que se puede decir que el consumo de marihuana no es privativo de ningún grupo étnico o racial. La incidencia del consumo de la población negra aumenta en los encuestados mayores de 35 años y, de acuerdo a información periodística, en 1990 el número de consumidores de marihuana aumentó de 6.3% en 1988 a 6.7%, mientras en el resto de los grupos

disminuyó.²

En cuanto al consumo de inhalantes (delirantes o solventes), algunos estudios consideran que una tercera parte de los jóvenes hispanos e indios americanos que viven en reservaciones, prueban algún inhalante antes de los 18, siendo que esta proporción en los jóvenes de cualquier etnia o raza es de 15%.³ Sin embargo, los datos de la encuesta NHSDA no parecen coincidir con lo anterior: de los jóvenes de 12 a 17 años, 9.9% de los blancos informaron haber utilizado algún delirante, 7.1 de los hispanos y 4.5% de los negros encuestados.⁴

El cuadro No. 13 muestra que en el grupo de 18 a 25 años hay más personas que informaron haber consumido solventes alguna vez en su vida. Este grupo no es el que informa mayor consumo actualmente, pues 2% de aquellos entre 12 y 17 años informó haber inhalado alguna substancia el mes anterior a la encuesta, mientras que en el siguiente grupo de edades, 1.7% informó haber hecho lo mismo.⁵

² "Drug Numbers", USA Today, 20 de diciembre de 1990, p.6 A.

³ Johnston, L.; O'Malley, P.; Bachman, J. Use of Licit and Illicit Drugs by America's High School Students, 1975-1984, Rockville, MD, NIDA 1985; Beauvais, F., and Oetting E.R.; and Edwards, R.W., "Trends in the use of Inhalants among American Indian Adolescents", White Cloud Journal, 3(4), pp.3-11, 1985a; en Cider, Epidemiology of Inhalant Abuse, Rockville, Maryland, NIDA Research Monograph, 1988, p.177.

⁴ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988, Rockville, Maryland, Government Printing Office, p. 64.

⁵ Ibid., pp.28 y 29.

Los datos del cuadro No. 13 no reflejan quiénes acostumbran inhalar solventes actualmente, pues se refieren a quienes lo han hecho alguna vez, lo cual puede explicar que la mayor proporción de usuarios, de acuerdo con la encuesta, no estén en el grupo de menores, o que hayan concluido estudios universitarios, pues suponemos que la experiencia no es reciente en la mayoría de adultos encuestados que respondieron afirmativamente.

En una revista del NIDA, se ofrece una tipología de quienes utilizan delirantes, que divide a los consumidores de la siguiente forma:

1. Usuario joven. Aquel que los utiliza porque son las drogas más accesibles, comúnmente utilizan también marihuana o alcohol.
2. Usuario de múltiples drogas. Para él, el uso de drogas tiene un papel importante dentro de sus actividades, acostumbra utilizar muchas drogas y normalmente es adolescente.
3. Adulto dependiente de inhalantes. Se trata de un consumidor que ha abusado del alcohol y otras drogas durante mucho tiempo y que utiliza solventes como podría utilizar cualquier otra droga. Este tipo de usuario es el que más llega al hospital.*

El consumo de PCP fue una costumbre de finales de los sesentas y de la década siguiente, por lo que el grupo de edades que informa haber consumido alguna vez es aquel que entró a la adolescencia y vivió la juventud en esos años, aquellos que en 1988 tenían entre

* Oetting E.R., Edwards & Beauvais, "Social and Psychological Factors Underlying Inhalant Abuse", en Cider, op. cit., p.173.

26 y 34 años; sin embargo, su uso actual no es exclusivo o predominante en esas edades.

Comparación entre sectores de mercado captados por cada alucinógeno.

Las especulaciones que se harán en este apartado se basan en los siguientes supuestos:

1. Las costumbres de uso adoptadas por individuos de cierto grupo se puede extender a otros individuos del mismo grupo.
2. Si existe consumo en una región, también existe oferta.
3. Si consumidores de dos drogas diferentes tienen más o menos la misma escolaridad, edades y modo de vida, pueden tener principios, valores o normas de conducta similares que faciliten el cambio de un producto por el otro.

La droga alucinógena más consumida es la marihuana latinoamericana. En el supuesto caso de que la oferta de esta droga fuera eliminada, o que, por alguna razón (como aumento de precio), sea inaccesible a los consumidores actuales, la marihuana "sin semilla" producida en Estados Unidos podría ser un sustituto para consumidores de estrato económico medio o para usuarios consuetudinarios (dispuestos a utilizar una proporción mayor de sus ingresos para sostener su hábito y que prefieren productos más potentes), pues su precio es superior al de la marihuana

proveniente del exterior.' Este tipo de consumidores podrían optar también por MDMA (anfetamina alucinógena), considerando que tiene un precio similar al de la marihuana "sin semilla".

La marihuana "sin semilla" se produce en estados del oeste de Estados Unidos; si por este motivo, en esta región tiene un precio menor, el producto podría ser accesible para personas de ingresos bajos que buscaran un sustituto a la marihuana extranjera.

Otra alternativa para los usuarios de bajos ingresos que ya alternan el uso de LSD con el de marihuana, sería utilizar únicamente LSD⁸, pero con mayor frecuencia. Lo anterior parece más probable en la zona centro norte de Estados Unidos, donde el número de consumidores de alucinógenos (LSD y PCP) es mayor que en el resto del país.

La sustitución de marihuana extranjera por LSD o PCP parecería probable porque los principales consumidores tanto de cannabis como de estos alucinógenos producidos clandestinamente, son blancos, varones, desempleados, tienen de 18 a 25 años, nivel de escolaridad de educación media superior o viven en grandes ciudades.

Los inhalantes serían la opción más viable para aquellos de

⁷ En 1988, la onza de marihuana estadounidense costó de 120 a 300 dólares, dependiendo de la ciudad en que se comprara, y el precio de la marihuana extranjera fue de 30 a 250 dólares. National Narcotics Intelligence Consumers' Committee, The NNICC Report 1988: The Supply of Illicit Drugs to the US, abril de 1988, p. 8.

⁸ El precio de este ácido es de 2 a 8 dólares la dosis. Ibid., p. 52.

medios no urbanos y de bajos ingresos, porque son accesibles en cualquier parte.

Ante la falta de marihuana, si la preferencia por drogas diferentes a la marihuana latinoamericana se extendiera, es probable que los consumidores blancos, de medios no urbanos o con mayor escolaridad se inclinen por los inhalantes, mientras que las minorías, habitantes de zonas metropolitanas o personas con menos estudios utilicen "crack"⁹ como sustituto, pues esas parecen ser las preferencias de estos sectores.

5.2. Consumidores de estimulantes

Cuadro No. 14.

	Cocaína	Anfetaminas y otros estimulantes
Raza/etnia	Hispanos y blancos	Blancos
Edades	18 a 25	18 a 25
Sexo	Masculino	Femenino
Escolaridad	Educación Media S.	Educación Media S.
Status laboral	Desempleado	Desempleado
Densidad de población	Grandes ciudades	Ciudades, principalmente grandes
Región	Noreste	Oeste

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, National Household Survey on Drug Abuse: Main findings 1988, Rockeville, Maryland, Government Printing Office, pp. 53 y 77.

El consumo de estimulantes en el sur de Estados Unidos¹⁰ es

⁹ El precio del "crack", en Boston, en 1990 era de \$20 dólares el gramo. Shannon, *Time*, 3 de diciembre de 1990, p. 45.

¹⁰ U. S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, *op. cit.*, pp. 53 y 77.

más bajo que en cualquier otra región del país a pesar de que, de acuerdo a la división geográfica del estudio, incluye el Distrito de Columbia, donde el consumo de cocaína es muy alto."

Las anfetaminas y la cocaína parecen compartir el mercado del oeste y norte-centro, pues en esas dos regiones el número de consumidores no difiere de manera significativa. No obstante, el consumo de anfetaminas es común en comunidades con menor densidad de población, mientras que el mercado de estimulantes en las grandes ciudades es dominado por la cocaína.

En caso de escasear la cocaína, las anfetaminas tendrían que extenderse al noreste. De acuerdo con informes del NNICC (National Narcotics Intelligence Consumers' Committee), los laboratorios clandestinos que producen anfetaminas se concentran en el oeste, por lo que parece más probable que el uso de cocaína en el noreste sea substituido por medicamentos, que ya se encuentran en las farmacias de todas las regiones del país.

Las mujeres consumidoras de anfetaminas no exceden la cantidad de hombres de manera significativa, en cambio hay dos hombres consumidores de cocaína por cada mujer consumidora de esa droga; la proporción de varones aumenta entre los adultos. De todos los varones encuestados, el consumo de cocaína fue mayor entre hispanos, aunque de las mujeres que consumen cocaína, la mayor

" Los datos del cuadro son de 1988 y no reflejan el drástico aumento de consumo de cocaína de esa fecha a 1990 en el Distrito de Columbia, donde 40.5 de cada mil habitantes consumía cocaína. Esta es la proporción más alta entre todas las ciudades, y casi el doble comparada con Nevada, la ciudad que le sigue, donde 24.9 de cada mil consumía cocaína. "Senate report on cocaine use", USA Today, 20 de diciembre de 1990, p. 6-A.

parte son blancas.¹²

Como se puede observar, el consumo de cocaína por sexo parece ser más restringido que el de anfetaminas, éstas ya las utilizan hombres y mujeres por igual, lo que facilita que las anfetaminas substituyan el uso de cocaína; asimismo, el uso de anfetaminas por hispanos no es significativamente menor que el de blancos, lo cual quiere decir que ya son drogas conocidas por este grupo étnico y que su entrada al mercado no tiene barreras importantes.

La encuesta NHSDA, fuente principal de este trabajo, no incluye consumo de drogas por personas de diferentes ingresos, o de diferentes clases sociales, por lo que no se puede asegurar que los estimulantes sean una droga consumida esencialmente por individuos con ingresos medios y altos, aunque podemos suponer que una persona que gane sueldo mínimo, no puede ser un usuario regular de cocaína o metanfetaminas, porque consumir regularmente cocaína cuesta más de mil dólares mensuales y consumir metanfetamina más de dos mil.

Haciendo una comparación de las tendencias de consumo por edades, encontramos que, si bien el consumo ha bajado en todos los casos, el uso de anfetaminas por personas de 18 a 25 años bajó más que el del resto de los grupos de edades; tratándose de cocaína pasó todo lo contrario: el consumo de aquellos entre 12 y 17, y mayores de 25 disminuyó, mientras que el consumo de quienes tienen entre 18 y 25 años fue el único que no disminuyó.

¹² U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, op. cit., pp. 47-50.

**Tendencia de consumo de estimulantes
en el grupo de 18 a 25 años**

Cuadro No. 15.

18 a 25 años	Anfetaminas	Cocaína
1985	3.7	1.9
1988	2.4	1.9
Diferencia	1.4	0

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988, Rockville, Maryland, Government Printing Office, pp. 28-30.

Estos dos fenómenos no están necesariamente relacionados. Sin embargo, de acuerdo al informe del NNICC de 1988, el precio de las metanfetaminas aumentó ligeramente de 60-100 dólares el gramo en 1985, a 60-125 dólares en 1988; es posible que el aumento en el precio de las metanfetaminas haya motivado a algunas personas a dejar de consumir esa droga, substituyéndola por la cocaína, cuyo precio es similar al de aquella en 1985 y cuyos efectos son similares, lo cual significaría que algunas personas que consumían cocaína en 1985, dejaron de hacerlo para 1988, pues el porcentaje de consumidores de esta droga se mantiene igual para ambos años.¹³

Si lo anterior es cierto y la cocaína pudo substituir a las metanfetaminas cuando el precio de las últimas subió, parece posible que suceda lo contrario si fuera el precio de la cocaína el que subiera o si la oferta del alcaloide en el mercado se redujera.

La región noreste es donde la substitución pudo haber sucedido con mayor facilidad, pues es donde hay más consumo de cocaína y

¹³ National Narcotics Intelligence Consumers' Committee, *op. cit.*, pp. 32. y 52.

porque el consumo de metanfetaminas siguió siendo alto en el oeste y sur oeste, según el informe del NNICC.¹⁴

Al analizar tendencias de mercado, las consideraciones sobre fluctuaciones de precio son fundamentales, pero no son el factor principal que determina qué producto acapara la demanda. Por ejemplo, en Honolulu, donde se producen algunas anfetaminas en laboratorios clandestinos, el precio de un gramo era de 300 dólares en los momentos en que se extendió el uso de esa droga en la isla de Hawaii; en cambio, la misma cantidad de cocaína se podía comprar por una tercera parte de esa cantidad.¹⁵ Si el producto más barato tiende a dominar el mercado ¿Cómo nos explicamos la ola de consumo de metanfetaminas en Hawaii?

¹⁴ Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, Washington D.C., Government Printing Office septiembre de 1990, p.36.

¹⁵ Jaffe, Reemergence of Methamphetamine Abuse, presentación ante el Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos, Casa de Representantes del Congreso de Estados Unidos, Washington, D.C., Government Printing Office, 24 de octubre de 1989, p. 16.

5.3 Consumidores de depresores del sistema nervioso central

Cuadro No. 16.

	Heroína	Analgésicos	Tranquilizantes	Sedantes
Raza/etnia	Negros	Hispanos	Blancos	Blancos
Edades	26 a 34	18 a 25	26 a 34	26 a 34
Sexo	Varones	Mujeres	Mujeres	Varones
Escolaridad	menos que EMS	EMS	menos que EMS	ES(I)
St. Laboral	m. tiempo o desemp.	Tiempo completo	desemp. o m. tiempo	Desemplea-do
Densidad de Población	Grandes ciudades	Grandes ciudades	Ciudades	Ciudades
Regiones	Noreste	Oeste	Norte-centro	Oeste

1. Los datos sobre consumo de analgésicos se obtuvieron de la tabla sobre consumo durante el mes anterior a la encuesta; los datos para el resto de las drogas se refieren a quienes informaron haber consumido la droga alguna vez.

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1990, Rockville, Maryland, Government Printing Office, pp. 69, 78-81.

El estudio aclara que las cantidades obtenidas sobre uso de heroína son tan pequeñas que el margen de error se vuelve proporcionalmente muy grande. Además no se puede deducir quiénes son los consumidores de heroína basados en una encuesta realizada a personas que viven en hogares porque la encuesta aclara que el índice de uso puede ser alto entre aquellos que no tienen una residencia permanente, que viven en instituciones grupales.¹⁰

Si los individuos de estos grupos son más propensos a consumir heroína que las personas que viven en hogares, entonces las características del grupo de consumidores que se exponen en la tabla sólo se refiere a aquellos que han probado heroína y viven en

¹⁰ U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, op. cit., p. 62.

hogares, no a la población general que la consume.

Precisamente por ser tan bajo el porcentaje de informes de consumo de heroína, no se informa sobre consumo en el año ni mes anterior a la encuesta, por lo que no podemos saber si el grupo de 26 a 34 años la sigue consumiendo o si la utilizaron en otras etapas de sus vidas.

Lo mismo sucede al tratar de deducir el grupo de edades que más consume sedantes. De acuerdo a las estadísticas, las personas de 26 a 34 años son quienes más han consumido estos depresores, pero no sabemos si son ellos los que lo siguen haciendo.

El consumo de analgésicos es mayor entre los 18 y 25 años y, contrario a la tendencia general a la disminución del consumo, en este grupo el número de consumidores ha aumentado; quienes han probado analgésicos están entre los 18 y 34 años, en cambio el uso de tranquilizantes es mayor entre los adultos de 26 a 34 años.

En caso de que la oferta de heroína se redujera substancialmente, existen otros opiáceos (analgésicos), y otros depresores del sistema nervioso que los individuos de la edad de los consumidores de heroína ya conocen y cuyos precios van, por ejemplo, de 3 a 10 dólares por dosis en el caso de la metacualona (Quaalud[™], un medicamento descontinuado desde 1973, del cual se hacen "falsificaciones" en laboratorios clandestinos), hasta de 20 a 80 dólares por cuatro miligramos de hidromorfona (Dilaudid[™]).¹⁷

El estudio encontró más mujeres que hombres, que informaran

¹⁷ National Narcotics Intelligence Consumers' Committee, *op. cit.*, p. 62.

haber consumido analgésicos o tranquilizantes durante el mes anterior a la encuesta; sin embargo hay más hombres que los han probado, cuando menos una vez en su vida.

Geográficamente, todos los depresores del sistema nervioso llegan a todas las regiones, es decir, aunque en el noreste existe una proporción mayor de consumidores, no es significativamente superior a la que existe en el resto del país.

En caso de una reducción en la oferta de heroína en el oeste, los analgésicos o los sedantes, cuyo uso está presente en esta región más que en otras, podrían cubrir el vacío; si el vacío se da en cualquier otra región, cualquiera de los tres tipos de psicoterapéuticos depresores podría substituir a la heroína.

Hasta este momento, hemos caracterizado al consumidor de cada droga sin tomar en cuenta que el uso de múltiples drogas es un patrón de consumo más común que el uso de una sola substancia. Se estima que en 1988 la mitad de la población utilizó solamente alcohol y ninguna "droga ilegal"; un tercio probó alcohol y también alguna droga ilegal, pero únicamente un 0.7 utilizó exclusivamente drogas ilegales."

Durante el mes anterior a la encuesta, 0.5% de los encuestados informaron haber consumido sólo marihuana, en cambio 3.6% ingirieron también alcohol y 2.2% utilizaron alcohol con drogas

" U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, op. cit., p. 127.

diferentes a la marihuana.¹⁹

De los consumidores de marihuana, el 90.1% utilizó también alcohol, 20% usó cocaína y 13.5% ingirió psicoterapéuticos, proporciones significativamente más altas que las de aquellos que no utilizaron marihuana: 51.1% ingirió alcohol, 0.3% usó cocaína y 1% utilizó psicoterapéuticos.²⁰

En 1980 un artículo señaló que los adolescentes que ingresan a instituciones de tratamiento, han utilizado cinco diferentes sustancias en promedio y siguen utilizando cuatro.²¹

Los estimulantes se combinan con depresores (opiáceos, barbitúricos o alcohol) por diferentes razones. En las farmacias se puede comprar Dexamyl[™], que combina anfetamina con amobarbital, para obtener el efecto anoréxico, evitando los colaterales (ansiedad e irritabilidad); de igual manera, algunas personas que hacen uso ilegal de sustancias, buscan también reducir efectos no deseados, como pueden ser, además de ansiedad, sobreestimulación, paranoia o alucinaciones cuando las dosis han sido muy altas.²²

¹⁹ Ibid., p. 131.

²⁰ Ibid., pp. 38 y 46.

²¹ Yoav Santo and Alfred S. Friedman, "Overview and Selected Findings from the National Youth and Polydrug Study" Contemporary Drug Problems 9 No.2 (otoño 1980) p. 285; en Schlaadt, op. cit., p. 31.

²² Ver Grinspoon, Lister, The Speed Culture: Amphetamine Use and Abuse in America, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1975, pp. 47-49; "Facts About Amphetamines", Addiction Research Foundation, Canadá, enero de 1989 (folleto); "Facts About Barbiturates (and other sedative-hypnotics)", Addiction Research Foundation, Canadá, enero de 1989 (folleto).

En el mercado ilegal, la combinación es conocida como "speed balls" y muchos consumidores de estimulantes utilizan también grandes cantidades de barbitúricos o alcohol para lograr una euforia aún mayor que la producida por cada una de las drogas por separado.²³

Quienes abusan de opiáceos, normalmente fuman y beben, utilizan sedantes, estimulantes, cocaína o marihuana.²⁴ En el caso de la heroína, cuando no se tiene suficiente, la combinación con Percodan[™] (oxicodona), Dilaudid[™] (hidromorfona), Valium[™] (diazepam) u otros depresores del sistema nervioso central, pueden reforzar sus efectos.²⁵ En otras ocasiones la heroína ha sido adulterada con barbitúricos, sin que el consumidor lo sepa.

La existencia de uso múltiple de drogas implica que un mismo consumidor está familiarizado con varias sustancias, sus efectos y los de sus combinaciones, lo cual hace que la demanda de cada una no dependa tanto de sus efectos, sino de que el consumidor las conozca. Por lo tanto, el uso múltiple de drogas hace que la demanda sea más flexible.

²³ Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Nueva York, Pergamon Press, 1990, pp. 536 y 544.

²⁴ Conferencia dictada por Rollins Doug, del Centro de Toxicología Humana de la Universidad de Utah, el jueves 16 de mayo de 1991.

²⁵ Goodman & Gilman, op. cit., p. 535; Cooper, The Business of Drugs, Washington D.C., Congressional Quarterly Press, 1990, p. 91; "Overcoping with Valium" FDA Consumer, No. 10, diciembre 1979-enero 1980, pp.21-23, en Schlaadt, op. cit., p. 136.

Como se puede observar, el mercado de las drogas es dinámico, los precios y los tipos de consumidores cambian, existen drogas de todo tipo, para cualquier clase de persona que las busque y muchas de ellas son accesibles en cuanto a precio, cuando menos antes de que el hábito se cree y se requieran dosis o cantidades mayores.

Gran parte de estos substitutos serian producidos nacionalmente. Las posibles alternativas al consumo de marihuana latinoamericana son la marihuana "sin semilla", inhalantes, LSD, PCP y MDMA.

Si una proporción importante de usuarios de marihuana empezara a utilizar estas drogas, se podría prever una proliferación de laboratorios clandestinos y crecimiento de la producción nacional de marihuana "sin semilla".

El problema tradicional para los agentes antidrogas, al actuar contra laboratorios clandestinos ha sido la limitación legal de respetar la privacidad al realizar cateos e investigaciones; las violaciones a ese derecho han provocado críticas por violación de derechos civiles.

Los problemas previsibles con una substitución de cocaína involucran, además de laboratorios clandestinos en que se fabrique metanfetamina, a la industria farmacéutica. Asimismo, pareciera que la mayor parte de los substitutos de la heroína son productos fabricados legalmente, por lo que es muy probable que aumentara la demanda de medicamentos psicoterapéuticos si la heroína no fuera accesible.

Lo anterior se vería con mayor claridad con el siguiente ejemplo:

Gracias a la publicidad negativa sobre el uso de cocaína, metanfetamina, heroína y el resto de las drogas ilegales, y debido al grado de concientización sobre la salud, un consumidor decide abandonar el uso de drogas ilegales.

Consecuente con su decisión, visita al médico o acude a un centro de tratamiento para ser asesorado sobre la forma de abandonar su hábito.

Una vez desintoxicado su cuerpo, puede suceder que el paciente siga incapacitado para manejar situaciones de frustración o ansiedad o que se encuentre de nuevo en una sociedad que le infunde presiones; puede ser que solamente haya deshechado el tipo de "válvula de escape" que utiliza.

Entonces aflorarían las consecuencias naturales de su situación: ansiedad, tensión, depresión y otros síntomas por los que el paciente puede acudir al doctor, quien probablemente le recete medicamentos para combatir dichos síntomas: antidepresivos o tranquilizantes, sin relacionar el padecimiento con el abandono del uso de drogas y sin darse cuenta que se estaría substituyendo una droga por otra.

Esta substitución inconsciente, tanto por parte del paciente, como por parte del doctor aumentaría las ventas y ganancias de la industria farmacéutica.

En caso de que esta situación fuera más o menos generalizada, el manejo político del problema de las drogas cambiaría, ya no se trataría de combatir organizaciones criminales o prohibir el uso de drogas, pues la tarea de controlar la producción, la distribución y el consumo de medicamentos, adquiriría mayor importancia.

6. INDUSTRIA FARMACEUTICA, DESVIO Y PARTICIPACION POLITICA

A lo largo de este trabajo ha quedado demostrado que en Estados Unidos la oferta interna de drogas podría reemplazar a la externa, y que, de no haber un cambio social profundo, la demanda ejercería presión para que las fuentes internas expandieran su producción.

Estas fuentes internas son laboratorios clandestinos que fabrican LSD, PCP, metanfetaminas, metacualona y otras "drogas peligrosas", y las compañías farmacéuticas que fabrican medicamentos con potencial de abuso.

En esta sección describo el funcionamiento del desvío de medicamentos, para mostrar que el ataque a esta parte del problema es más delicado, y que, de extenderse, los costos políticos de "la guerra contra las drogas" serían mayores que los actuales, pues el libre funcionamiento de la industria farmacéutica se ve limitado cada vez que se establecen controles para evitar el mal uso de medicamentos y es muy posible que esta industria se opusiera a controles más estrictos.

Este trabajo no presenta una descripción similar para el caso de los laboratorios clandestinos porque esta actividad no es legal, atacarla no afecta grupos económicos legítimos, y sus representantes no pueden participar en política de manera legal para defender su negocio, como lo hacen los demás grupos que dirigen actividades económicas en Estados Unidos.

Al comparar las medidas tomadas para combatir la oferta de drogas ilegales, con aquellas adoptadas para controlar la de drogas legales, observamos que resulta políticamente más sencillo atacar el consumo de drogas si éste siempre es ilegal, que combatir el consumo de otras que a veces es ilegal, a veces criticable y a veces legítimo.

Es más fácil adoptar medidas contra una actividad económica que es ilegal, que intentar controlar algunos aspectos de una industria a la que, al mismo tiempo, no se le quiere dañar, la cual genera ganancias en el país, paga impuestos, tiene derechos y participa en política como veremos a continuación.

6.1 La industria farmacéutica

La producción de medicamentos, cosméticos y artículos médicos está dominada por empresas transnacionales como Abbott, Ciba-Geigy, Eli Lilly y otras.

Las casas matriz de estas compañías se encuentran, generalmente, en Suiza, Alemania u otros países europeos y sus filiales estadounidenses se concentran en el noreste de ese país.

Cada una cuenta con gran variedad de productos, pero obtiene sus principales ganancias de uno o dos de ellos. Por ejemplo, los ingresos de Upjohn en 1991 fueron de 250 millones de dólares, de los cuales, 100 millones ingresaron por ventas de Halcion[™] y más de

100 por ventas de Xanax[™], medicamentos con benzodiazepinas; el resto de los productos de la empresa genera menos de la quinta parte de sus ingresos.

Otra característica de la industria es la tendencia a especializarse en algún tipo de sustancia. Los principales productos de Barr son benzodiazepinas y las comercializa usando como marca el nombre genérico de la sustancia: Diazepam[™], Flurazepam[™], Lorazepam[™], Oxazepam[™] y Temazepam[™].²

Roche se especializa en pastillas para dormir, fabrica los medicamentos con benzodiazepinas más famosos: Valium[™], Librium[™], Valrelease[™] y Dalmane[™], ubicados en la clasificación IV de la Ley (CSA). Este laboratorio obtenía la mayor parte de sus ganancias con Valium[™] en el momento en que surgió la Ley de Control de Sustancias (CSA).³

Wyeth-Ayerst cuenta con, cuando menos, catorce marcas diferentes de tranquilizantes, entre barbitúricos y benzodiazepinas.⁴

Eli Lilly International Corporation dominó el mercado de

¹ "Sweet Dreams or Nightmare? The Most Popular Sleeping Pill in the World Faces Mounting Challenge Over Its Safety", Newsweek, 19 de agosto de 1991, p. 34.

² Barnhart, Edward R. (Ed.), The Physicians' Desk Reference (PDR), Oradell, Nueva Jersey, Medical Economics Co., 1991, p. 635.

³ Ibid., pp. 18, 425, 426; Pekkanen, The American Drug Connection, Profiteering and Politicking in The "Ethical" Drug Industry, Chicago, Follet Pub. Co., 1973, p. 201.

⁴ PDR, op. cit., p. 25.

barbitúricos, cuando menos, hasta mediados de los setentas.⁵ Lilly vende Tuinal[™] y Seconal Sodium[™], que están fuertemente controlados, pues se encuentran en la clasificación II de la Ley de Control de Sustancias (CSA), aunque también tiene Phenobarbital[™] en la clasificación IV. Otros productos fuertes de esta compañía son narcóticos u opiáceos: Methadone HCL[™], Morphine[™], Darvon[™], Codeine Phosphate Inject.^{™ 6}

Los principales fabricantes de anfetamina base (ingrediente básico que se vende al mayoreo a otras compañías que hacen las cápsulas y las tabletas para venderlas con sus propias marcas) eran hasta mediados de los setentas Hexagon Laboratories Inc., Arenol Chemical Corp., Roche Chemicals Inc. y Smith Kline & French.⁷

En los sesentas, las compañías que dominaban las ventas de productos con anfetaminas eran Smith Kline & French (SK&F), R. J. Strassenburgh Company, Abbott Laboratories, Geigy Pharmaceuticals, CIBA Pharmaceutical Company y Samed Pharmaceuticals.⁸ De ellas, SK&F comercializa las marcas más famosas: Benzedrine[™] y Dexedrine^{™ 9}

Estos son ejemplos de algunas de las compañías más importantes que dominan el mercado legal de los medicamentos con potencial de

⁵ Pekkanen, op. cit., p. 239.

⁶ PDR, op. cit., pp. 415-416, 1223-1225, 1261 y 1264.

⁷ Pekkanen, op. cit., p. 107.

⁸ Ibid., pp. 18, 104, 107.

⁹ PDR, op. cit., pp. 431, 2103.

abuso.

6.2. Intereses económicos de la industria farmacéutica

La industria farmacéutica genera grandes ganancias porque en su mercado legal no se da una clara competencia por precios, y porque la demanda es inelástica.

Estas empresas obtienen ganancias de veinte veces su costo de producción.¹⁰ "Los medicamentos para alterar el ánimo [...] generan aproximadamente, una cuarta parte de las ventas con receta en Estados Unidos".

En el mercado legal de los medicamentos, el precio no parece ser un instrumento de competencia, porque el paciente compra el producto recetado por el médico y no considera alternativas; este comprador no busca la mercancía más barata.

Por otra parte los consumidores no pueden decidir no enfermarse, de manera que la demanda de este producto teóricamente no puede disminuir de manera dramática y, como supuestamente no hay razón para que personas sanas consuman medicamentos, la demanda tampoco podría subir más allá de necesidades reales.

Estas dos características de la demanda en el mercado de medicamentos eliminan incentivos para que las compañías inviertan en investigación que busque productos nuevos, en cambio sí estimulan el gasto en promoción y publicidad, pues, mientras el

¹⁰ Pekkanen, op. cit.; Véase también Egan, John W. et al., Economics of the Pharmaceutical Industry, Chicago, Praeger Studies in Select Basic Industries, 1980, pp. 1-9.

¹¹ Ibid., p. 90.

doctor conozca y recete el producto, el paciente lo comprará. El precio depende más de la campaña publicitaria dirigida a los doctores que de las características del medicamento.

Aun con demanda inelástica existen algunas formas de aumentar las ventas.

1. Diferenciar productos para ganar nuevos sectores de mercado. Por ejemplo, Roche vende Valium[™] para eliminar síntomas de ansiedad y Librium[™] para reducir tensión psíquica, aunque las características clínicas de estos productos son prácticamente iguales.¹²
2. Aumentar el espectro de padecimientos que cura un producto. Por ejemplo, cuando Librium[™] salió al mercado, "se demostró que el producto era la respuesta a muchos síntomas de desórdenes mentales: ansiedad, depresión, fóbias, pensamientos obsesivos [...] síntomas de abstinencia de alcoholismo, alcoholismo..."¹⁴ Se trataba de "cubrir todo padecimiento que se pudiera presentar en el consultorio del doctor".¹⁵
3. Hacer saber a los posibles consumidores que sus padecimientos se pueden solucionar con un medicamento.
4. El mal uso y abuso de sustancias adquiridas con recetas, es otra forma de obtener un aumento en la demanda.

¹² Ibid., p. ;PDR, op. cit., p. 426.

¹³ Pekkanen, op. cit., p. 71.

¹⁴ Pekkanen, op. cit., p. 71.

¹⁵ Ibid., p. 81.

Las formas en que disminuyen las ventas son:

1. Tragedias con cobertura de los medios de comunicación, que se relacionen con el uso del producto."
2. Precauciones y advertencias en las etiquetas, que atemoricen al comprador.

Cualquier rama productiva tiene derecho a hacer publicidad a sus productos y tratar de vender más, pero cuando se trata de la industria de los medicamentos ese derecho puede estar induciendo consumo innecesario que, en el caso de psicoterapéuticos se puede convertir en abuso.

1. Libre Empresa vs Seguridad y Salud Pública

Existe una discusión en torno al carácter que debería tener la industria farmacéutica que produce medicamentos con potencial de abuso llamados también "ethic drugs" o "drogas éticas".

Los críticos de la industria afirman que no se puede permitir que esta actividad económica funcione de acuerdo con los principios de libre empresa, es decir, que no debe buscar aumentar el uso de su producto para lograr mayores ventas y obtener mayores ganancias porque, al hacer esto, crecen las posibilidades de abuso y de desvío, lo cual va en contra de la salud pública.

Esta posición ha logrado que la producción de los laboratorios que fabrican psicoterapéuticos estén sujetos a cuotas de producción prestablecidas por estudios que determinan el nivel de "ventas

¹⁶ Ver, por ejemplo el caso de Halcion[™], de Upjohn en: "Sweet Dreams or Nightmare?...", op. cit.

normales".¹⁷

El establecimiento de cuotas de producción es una de las dos formas de control, siendo la otra, la auditoría de inventarios.

Al limitar la producción se supone que si la cantidad de sustancia producida no excede la necesaria para usos médicos, el abuso disminuiría sustancialmente y el uso legítimo no sería afectado. Sin embargo, nada nos garantiza que se cubra primero la demanda para usos médicos y que sólo el resto se desvíe.

La existencia de desvío fomenta el aumento de la oferta porque incrementa la demanda y, en condiciones de libre empresa, la industria buscaría satisfacerla aumentando la producción. De manera que si se limita la oferta, los precios en el mercado negro muy probablemente aumenten y, tomando en cuenta que los precios en el mercado negro son más especulativos que los del mercado legal, eso puede estimular el desvío y dejar desatendidas las necesidades médicas.

Al tomar en cuenta lo anterior, suponemos que la auditoría a los inventarios de productores y distribuidores es una medida más adecuada para que la producción se utilice con fines médicos, que imponer cuotas de producción.

Respecto a este último tipo de medidas, la industria y sus defensores afirman que existe una necesidad de medicamentos psicoterapéuticos, y que la cantidad de producto que la satisface

¹⁷ "Controlled Substances Act and Diversion Control", en U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (DEA), Drug Enforcement Administration. A Profile, Washington D.C., s/e, marzo de 1985, p. 18.

no se puede fijar artificialmente.

También argumentan que el establecimiento de cuotas de producción a partir de estudios sobre "ventas normales" puede ser usado por las compañías que dominan el mercado para no perder su posición, pues no permiten que la competencia mejore la suya, si cada empresa tiene ya fijado el tope de sus ventas. Eso elimina incentivos de la empresa a mejorar su producto y bajar sus costos y precios.

Con respecto al problema del desvío de su producto al mercado negro para usos ilegales, la industria afirma que "la vasta mayoría del desvío ocurre más allá del control de la compañía" y que "su responsabilidad termina con la venta, al descargar".

Sin embargo, el desvío de medicamentos, aun cuando no esté bajo control de la industria, aumenta las ventas y genera ganancias.

La discusión entre el derecho de la industria a desarrollar su actividad económica de acuerdo a los principios de libre empresa y el establecimiento de medidas de control se agudizaría si el consumo de psicoterapéuticos aumentara en relación al de drogas clandestinas y/o extranjeras.

Las asociaciones de protección al consumidor abogarían ante el gobierno de Estados Unidos por un mayor control para disminuir el mal uso y el abuso, así como algunas instituciones altruistas de prevención y rehabilitación de adicciones.

Por su parte las organizaciones que representan a la industria

¹⁸ Pekkanen, op. cit., p. 236 y 240.

y el comercio legal de estos productos pondrían a trabajar su aparato de relaciones públicas para exponer motivos por los que no sería conveniente un aumento del control.

6.3 Desvío de medicamentos al mercado negro

... agentes antinarcóticos suponen que casi la mitad de las drogas que se ven en el mercado ilegal en la calle son fármacos desviados ... aproximadamente 13,000 doctores y despachadores de farmacias están involucrados en esto.¹⁹

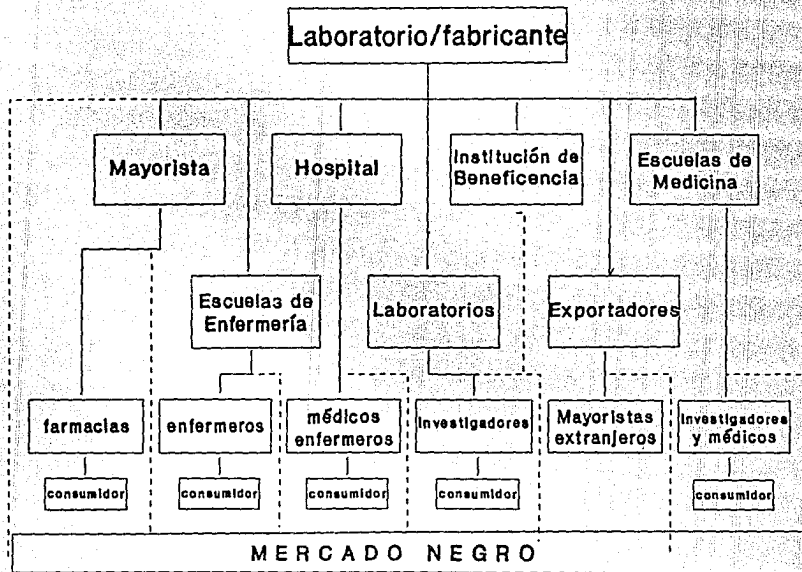
De acuerdo con la Ley de Control de Substancias (CSA), aquellas personas o instituciones que manejan substancias controladas deben registrarse. Esto incluye alrededor de 700,000 sujetos entre fabricantes, distribuidores y vendedores de más de 20,000 substancias.

88% de los registrados son médicos, siendo el 12% restante hospitales, clínicas, instituciones de enseñanza de medicina, fabricantes, distribuidores, laboratorios, importadores, exportadores, centros de tratamiento, encargados de farmacias o investigadores.²⁰ La concentración de sujetos de control en el último nivel de la cadena de distribución explica por qué un 90% del desvío se da en la venta al menudeo por médicos y despachadores de farmacias. (Véase el Diagrama No. 3)

¹⁹ Pharmaceutical Manufacturers Association Newsletter, 25, No. 24, 4 de julio de 1983, p. 2, en Schlaadt & Shannon, Drugs of Choice, Eaglegood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1986, p. 9.

²⁰ "Controlled Substances Act and Diversion Control", U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (DEA), op. cit., p. 18.

Desvío de Medicamentos de Canales Legales de Distribución



Elaboración propia basada en: DEA, Committee Report on Licence Revocation Control Systems, pp.cit.

DEA, Committee report on Model State Programs, pp. cit.

Las formas en que se da el desvío de medicamentos están, casi siempre, relacionadas con algún sujeto con registro y son las siguientes:

1. Venta de recetas de altas cantidades de medicamentos que serán vendidos después en el mercado negro, normalmente en otro estado.
2. Doctores, enfermeras y otras personas relacionadas con instituciones de salud, que venden o abusan de medicamentos psicoterapéuticos.
3. Venta de muestras gratis que los laboratorios hacen llegar a los médicos.
4. Surtido de una misma receta en diferentes farmacias o visita de la misma persona a diferentes doctores.
5. Robos en farmacias o bodegas.
6. Reventa de medicamentos donados a instituciones de beneficencia u hospitales.
7. Reimportación de donaciones a otros países.
8. Compra de cantidades ilimitadas de medicamentos en farmacias en la frontera con México.²¹

La DEA (Drug Enforcement Administration u Oficina para la Aplicación de Leyes Sobre Drogas), está encargada de aplicar las disposiciones de la Ley de Control de Sustancias.

Para detectar el desvío de medicamentos la DEA cuenta con

²¹ U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (DEA), Committee Report on Licence Revocation & Management Control Systems, presentado en la Conferencia Nacional sobre el Control y Desvío de Sustancias Controladas, San Antonio, Texas, 1987, s/p.; Pekkanen, op. cit., pp. 52 y 56.

inspectores que visitan cada farmacia y analizan las recetas para detectar irregularidades como recetas con cantidades mayores que las normales, gran número de recetas del mismo médico, o recetas de diferentes médicos para el mismo paciente; esta tarea es mucho más fácil cuando se trata de cadenas de farmacias que guardan registros en computadora.²²

Existe un sistema de control muy cerrado con el cual se sigue el flujo de los medicamentos de receta, desde la fábrica hasta el comprador mayorista.

Sin embargo, al llegar a la distribución al menudeo el control se pierde porque no se cuenta con suficientes inspectores y/o un sistema de acumulación de datos que permita detectar grandes compradores, nombres recurrentes de doctores o compras sospechosas.²³

Asimismo, existen problemas de coordinación de autoridades a nivel local, estatal y federal que impiden que se utilicen recursos e información en forma eficiente. Por esta razón, quienes desvían medicamentos pueden cambiar de estado y seguir con el mismo negocio.²⁴

Si el flujo de drogas del extranjero dejara de representar

²² U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (DEA), Committee Report on Licence Revocation & Management Control Systems, op. cit., s.p.

²³ Sobre este punto se abunda en páginas posteriores al hablar de las relaciones de la DEA con el Congreso y la industria.

²⁴ U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Committee Report on Model State Programs, presentado en la Segunda Conferencia Nacional Sobre Control y Desvío de Sustancias Controladas, Tucson, Arizona, 1986.

gastos fuertes para el gobierno de Estados Unidos, los recursos destinados al control de la oferta podrían reorientarse a fortalecer el control del desvío, y la forma de aplicarlo estaría en función del juego de fuerzas ejercido entre asociaciones de farmacias, de fabricantes y de instituciones médicas y de tratamiento.

En este sentido, es probable que una nueva política para reducir el abuso de psicoterapéuticos combinara esfuerzos de las autoridades para controlar la oferta y para promover que las instituciones privadas -principalmente sociedades médicas e instancias de tratamiento- se encarguen de reducir la demanda.

6.4 Influencia de la industria farmacéutica en la toma de decisiones respecto al desvío de medicamentos

La industria farmacéutica ha creado una asociación que la representa y defiende los intereses de cada una de sus ramas. La Asociación de Fabricantes de Medicamentos (Pharmaceutical Manufacturers Association PMA) representa 115 compañías que venden el 95% de los medicamentos prescritos; la mitad de sus recursos provienen de las once compañías más grandes.²⁵

"La Asociación es el brazo político, de información [y relaciones públicas] de la industria";²⁶ ejerce las actividades de cabildeo convenientes para defender los intereses comunes a todas

²⁵ Ibid., p. 116.

²⁶ Pekkanen, op. cit., p. 115.

las empresas de la industria farmacéutica.

1. Ley sobre Regulación Federal de Cabildeo de 1946
(1946 Federal Regulation of Lobbying Act)

En el sistema político estadounidense, es legal llevar a cabo actividades para afectar las decisiones de política pública, hacer "lobby" o cabildear²⁷; ya sea exponiendo los puntos de vista de un grupo sobre alguna decisión gubernamental o ejerciendo algún tipo de presión.

La legalidad del cabildeo se basa en la Primera Enmienda de La Constitución de Estados Unidos de América en la que se señala que "El Congreso no hará ley alguna [...] que prohíba [...] el derecho del pueblo a reunirse pacíficamente o el de solicitar desagravio al gobierno."²⁸

Para regular el cabildeo, en 1946 se aprobó la Ley sobre Regulación Federal de Cabildeo donde se establece que cualquier persona contratada por otra para cabildear en el Congreso debe registrarse.

Al empezar a operar la ley, se suscitaron controversias por lo vago de los términos en que fue redactada. Al llegar un caso a La

²⁷ David Truman, The Governmental Process, Nueva York, Knopf, 1971, p. 33, en Hrebennar, Ronald & Scott, Ruth, Interest Group Politics in America, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1990, p. 5.

²⁸ The Constitution of The United States of America, en Burnes, et al., Government by the People, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1989.

Suprema Corte, ésta dispuso que la ley es aplicable solamente a:

1. Personas u organizaciones cuyo "propósito principal" sea influir la legislación;
2. que reciban dinero o valores por su actividad,
3. y únicamente si mantienen contacto directo con legisladores en relación a propuestas de ley pendientes.

Estas tres condiciones facilitan que muchas de las organizaciones que hacen cabildeo puedan evadir el registro. Se estima que existen, de 10,000 a 20,000 cabilderos, de los cuales alrededor de 7,000 están registrados.²⁹

De cualquier forma el conocimiento público del listado del registro nos facilita el estudio de las organizaciones, instituciones, empresas y otros grupos que puedan estar interesados en alguna pieza de legislación por ser afectados por ella.³⁰

2. El "lobby" de la industria farmacéutica

Entre los registrados de conformidad con la ley de 1946, encontramos a las dos principales asociaciones relacionadas con la industria: la Asociación de Fabricanetes de Medicamentos (Pharmaceutical Manufacturers Association PMA), cuyos asuntos en el Congreso son manejados por el despacho de abogados "Van der Voot

²⁹ Robert H. Salisbury, "Washington Lobbyists: A Collective Portrait", en Allan J Cigler y Burdett A. Loomis, eds., Interest Groups Politics, Washington D.C., Congressional Quarterly Press, 1986, pp. 148-150, en Hrebenar, Ronald & Ruth Scott, op. cit., p. 207.

³⁰ Hrebenar, Ronald & Ruth Scott, op. cit. p. 247.

Associates Ltd."³¹, y la Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos (National Association of Pharmaceutical Manufacturers, NAPM).³²

Estas organizaciones actúan cuando los intereses de toda la industria pueden ser afectados por alguna decisión legislativa o administrativa. Sin embargo también debemos tomar en cuenta que las compañías que unen sus fuerzas en la PMA o en la NAPM, son al mismo tiempo competidoras, por lo que se organizan en otras asociaciones y tienen "lobbies" independientes.

La Corporación de Medicamentos Genéricos (Generic Pharmaceutical Corp.), por ejemplo, incluye algunas de las compañías agrupadas en la PMA, aquellas que comercializan medicamentos con su nombre genérico (las que no utilizan marcas ni hacen grandes campañas publicitarias).

Las compañías reunidas en esta asociación, apoyan medidas que permitan que el vendedor de la farmacia dé a conocer al comprador todos los productos que cumplen la misma función, de manera que puedan elegir el que les plazca, esperando que elijan el más barato, y logrando así, aumentar las posibilidades de competencia por medio de precios.

En este caso se alian diferentes firmas para la promoción de medicamentos con nombres genéricos. Aunque, visto de otra manera, se disuelve la coalición que forma la industria en la PMA, porque

³¹ Congressional Records, enero-diciembre de 1990, Washington D. C., Congressional Quarterly Press, pp.273, 942, 2750.

³² Ibid., p. 1597.

se trata de un conflicto de intereses entre diferentes empresas con membresía en la asociación.

Como no siempre se ven afectados los intereses de la industria en general, los laboratorios más importantes tienen su propio "lobby", con sus respectivos asesores legales.

Cuadro No. 17.

Laboratorio	Asesores legales
Abbott/Ross Lab.	Hollando & Knight
Barr Labs. Inc.	Winston & Strwn/ Bishop, Cook, Purcell & Reynolds
Eli Lilly & Co.	Burson-Marsteller/ R. Duffy Wall & Associates
E. R. Squibb & Sons Inc.	
Fisons Corp.	Fox, Weinberg & Bennett
Hoffman La Roche	APCO Associates
Jason Pharmaceuticals	
Lederle Laboratories (División de Am. Cynamid)	Bailey, Morris & Newhall
Par Pharmaceutical Inc.	Rowan & Blewitt Inc.
Sandoz Corp.	Hopkins & Sutter/ Kessler & Associates
Upjohn Co.	Akin, Gump, Strauss, Hauer & Feld/ Kessler & Associates

Fuente: Congressional Records, enero-diciembre de 1990, "Lobby Registration Index", Washington D.C., Congressional Quarterly, pp. 65-92.

3. Asociaciones con intereses comunes a los de la industria farmacéutica

La Asociación Médica Americana (American Medical Association AMA), es una organización no lucrativa considerada la autoridad médica con mayor reconocimiento cuando se trata de emitir opiniones

sobre los efectos de medicamentos nuevos y sobre precauciones en su uso.

Esta asociación recibía -cuando menos hasta principios de los setentas- la mitad de su presupuesto directamente de la industria farmacéutica,³³ sin embargo, cuando se solicita información sobre algún medicamento a la AMA, su opinión se reconoce como desinteresada y objetiva.

Además de la convergencia de intereses de las dos asociaciones, muchas veces el interés de la industria se une con el de los doctores. En un estudio en la Universidad de Virginia, 60 doctores, entre residentes, internos y estudiantes, ya habían adquirido acciones de algún laboratorio, y los otros 67 consideraban que era buena inversión.³⁴

Gran parte de los textos utilizados en las escuelas de enfermería, farmacología y medicina, son escritos y publicados por la industria, por lo que sus intereses también están protegidos por las convicciones de la comunidad médica.

Por ejemplo en el Physicians' Desk Reference (PDR) "que es la biblia de los doctores [...] las descripciones de los medicamentos están escritas por las mismas compañías, que pagan el espacio a \$ 115.00 dólares por pulgada de columna."³⁵

Por otra parte, un representante de las compañías visita periódicamente a cierto número de doctores para hablar de los

³³ Pekkanen, op. cit., p. 138.

³⁴ Ibid., pp. 92-93, 106, 334.

³⁵ Ibid., p. 106.

adelantos logrados en los laboratorios, de nuevos productos y de mejoras a los anteriores.³

En algunas ocasiones las asociaciones que agrupan a los comerciantes que distribuyen medicamentos son aliados de la industria, pues a ambos les conviene vender más. Sin embargo, cuando la industria afirma que las cuotas de producción no solucionan nada, pueden afectar a los distribuidores haciendo que sea en la comercialización donde se centren las medidas para evitar el desvío de fármacos.

Algunas de estas organizaciones son La Asociación de Mayoristas de Medicamentos (Pharmaceutical Wholesalers Association), La Asociación Nacional de Vendedores de Medicamentos al Menudeo (National Association of Retail Druggists), La Asociación Internacional de Distribuidores de Medicamentos (International Pharmaceutical Distributors Association) y la Conferencia Nacional de Comercio de Medicamentos (National Drug Trade Conference).

Al observar que la industria farmacéutica cuenta con:

- 1) Un poder económico considerable y 2) con la alianza de toda la comunidad médica, podemos concluir que su capacidad de influencia es suficiente como para hacer prevalecer su interés de que no se creen controles en la producción y distribución más estrictos que los ya existentes.

³ Ibid., p. 85-92.

4. Tácticas para influir al Gobierno de Estados Unidos: Poder Legislativo

La actividad que llevan a cabo los grupos de interés³⁷ abarca las tres ramas de gobierno; sin embargo, donde parecen más visibles y públicas es en el legislativo.

A. Proceso legislativo

Para que una propuesta se convierta en ley en Estados Unidos, debe pasar por las siguientes fases:

1. El proyecto debe ser presentado a la Casa de Representantes o en el Senado. La mayor parte de las leyes entran en forma de proyectos similares a ambas cámaras.
2. Los subcomités con competencia en el tema llevan a cabo audiencias sobre el proyecto y recomiendan su aprobación su comité.
3. Los comités a los que se les remite aprueban o no el proyecto de ley.
4. La cámara en la que se originó el proyecto, lo debate y lo aprueba (o no lo aprueba).
5. La otra cámara debate el proyecto y lo aprueba (o no lo aprueba).

³⁷ Grupo de interés, entendido como un "grupo de personas o instituciones que comparten ideas, valores, intereses o actitudes y que se une para hacer ciertos reclamos a otros grupos u organizaciones de la sociedad". David Truman, The Governmental Process, New York, Knopf, 1971, p. 33, en Hrebentar, Ronald & Ruth Scott, op. cit., p.5.

6. El proyecto pasa al Presidente, quien debe firmar la ley, (o puede vetarla) y regresarla al Congreso.

B. Influencia de la industria farmacéutica en el Congreso

Las tácticas que, en general, los grupos de interés utilizan para lograr que una ley les beneficie o no les perjudique son:

a) Cabilderos

La industria puede contratar una oficina dedicada a cabildear en el Congreso.³⁶ Generalmente estas oficinas tienen conocimiento amplio sobre política, proceso legislativo, leyes y técnicas de relaciones públicas.³⁶

Frecuentemente, los grupos de interés contratan abogados que en algún momento fueron legisladores o ex-funcionarios del poder ejecutivo, pues cuentan con excelente preparación sobre política y acceso a los representantes y senadores.

Otras veces se utilizan empleados de las compañías como cabilderos "amateurs", pues tienen la ventaja de conocer el funcionamiento de la empresa y estar comprometidos con ella.

b) Audiencias públicas

Algunos proyectos de ley, además de ser discutidos, son sujetos a audiencias públicas, donde los interesados pueden ir a

³⁶ Véase cuadro número 17.

³⁶ Lester Milbrath, The Washington Lobbyists Chicago, Rand McNally, 1963, p. 8. en Hrebenar, Ronald & Ruth Scott, op. cit., p. 70.

exponer sus puntos de vista sobre la necesidad de legislar respecto a algún tema, y la conveniencia de incluir o excluir ciertos aspectos de la ley.

Como veremos más adelante, esta es una de las tácticas que ha utilizado la industria farmacéutica, cuando se le ha tratado de regular. Estas audiencias se registran en documentos públicos, por lo que ésta es sólo una forma de exponer puntos de vista y no de negociar.

c) Contribuciones en campañas electorales

Aportar dinero a las campañas de los congresistas es una de las formas de influencia más fuertes con las que cuentan, tanto las industrias, como las organizaciones.⁴⁰

Por esta razón, podemos suponer, que los senadores y representantes del noreste, donde se encuentra la mayoría de las oficinas de los laboratorios farmacéuticos, reciben contribuciones y votos de dueños y trabajadores de alguna de estas compañías.

Si así sucede, la industria farmacéutica probablemente tenga acceso e influencia en el Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos (Select Committee on Narcotics Abuse and Control) porque, de treinta representantes doce fueron electos en estados del noreste, región en la cual se concentra la industria farmacéutica (especialmente en Nueva Jersey), por lo cual es probable que los congresistas tengan compromisos o interés en

⁴⁰ Hrebenar, Ronald & Ruth Scott, op. cit., pp. 172-182; Burnes, et al., op. cit., pp. 161-162.

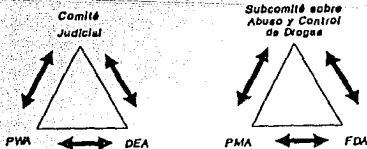
defenderla,"⁴¹ y que puedan hacerlo porque la opinión pública -y el electorado- tienen en mente a la cocaína, a la marihuana o a la heroína cuando piensa en el problema de las drogas, y porque es probable que muchos de los empleos de la región dependan de la industria farmacéutica.

C. Influencia en los subcomités

Las actividades de la industria farmacéutica pueden empezar cuando se hacen sugerencias para el proyecto de ley, y sin duda tienen su máxima expresión en el momento en que se discute el proyecto en los subcomités de las cámaras. En estas discusiones participan las agencias regulatorias y los representantes de las actividades económicas reguladas. Se trata de relaciones tripartitas que en el Congreso de Estados Unidos se conocen como "triángulos de acero".

RELACIONES ENTRE SUBCOMITES, AGENCIAS E INDUSTRIA-COMERCIO

Ejemplos de "Triángulos de Acero"



Elaboración propia basada en:

Cigler & Loomis, *Interest Group Politics*, Washington D.C., Congressional Quarterly Press, 1990, pp. 397-398.
Hiebener & Scott, *Interest Group Politics in America*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1990, pp. 234-237.

⁴¹ 1990 Congressional Staff Directory, p. 620.

La primera parte de esta relación son los subcomités y algunos comités del Congreso. Algunos subcomités relacionados con el tema de desvío son:

1. Subcommittee on Children, Family, Drugs and Alcoholism of the Senate Committee on Labor and Human Resources (El Subcomité de Infancia, Familia, Drogas y Alcoholismo del Comité sobre Trabajo y Recursos Humanos del Senado),
2. Subcommittee on Labor, Health and Human Services, Education and Related Agencies of the Senate Committee on Appropriations (El Subcomité sobre Trabajo y Servicios de Salud y Educación, y Agencias Relacionadas, del Comité de Asignación de Recursos del Senado),
3. Senate Committee on the Judiciary (El Comité de lo Judicial del Senado) y
4. Select Committee on Narcotics Abuse and Control (El Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos de la Casa de Representantes).

La segunda parte de los "triángulos de acero" son las principales dependencias encargadas, entre otras cosas, de evitar el desvío de medicamentos: La DEA y la FDA (Food and Drug Administration, Oficina de Control de Alimentos y Medicinas).

La FDA está relacionada con el problema de desvío porque es la dependencia encargada de revisar que los medicamentos sean seguros, y de establecer su clasificación en la ley; y la DEA porque se encarga del control de la distribución. Estas agencias participan en los "triángulos" proponiendo las medidas que les han sido

necesarias para llevar a cabo su labor de manera más eficiente.

La tercera parte corresponde a la industria, que estaría representada por las compañías y asociaciones mencionadas anteriormente. Durante las discusiones de un proyecto de ley dentro de los comités y subcomités, la industria aporta información técnica o especializada necesaria, establece sus puntos de vista y trata de presionar para que sus intereses no se vean afectados negativamente.

5. Influencia en el gobierno de Estados Unidos: Poder Ejecutivo

En esta sección veremos las posibilidades de influencia que tiene la industria farmacéutica en diferentes oficinas del poder ejecutivo de Estados Unidos: El Presidente, la ONDCP (Office of National Drug Control Policy, Oficina Nacional de Política de Control de Drogas), la FDA y la DEA.

A. El Presidente de Estados Unidos

En el plano formal, el Presidente puede proponer leyes y vetar otras que no le parezcan convenientes, pero no puede hacer nada para influir en la decisión del Congreso cuando éste decide no aprobar alguna de sus iniciativas. Sin embargo, el Presidente cuenta con cuatro medios de afectar las decisiones del Congreso:

1. Ganar el apoyo de la opinión pública, dando a conocer los motivos por los que considera benéfica su iniciativa.
2. Ganar el apoyo de los congresistas de su partido.

3. Solicitar a su equipo de relaciones con el legislativo ("legislative liaison staff") que presione en favor de sus iniciativas.
4. Establecer contactos con representantes de grupos y empresas a los que les interese la legislación y estimular su participación activa dando a conocer sus opiniones y argumentos.⁴² La oficina del Presidente cuenta con un grupo de relaciones pública ("public relations staff") y con un grupo de funcionarios encargados de las relaciones con los grupos de interés ("interest group brokers")⁴³ para desarrollar estas actividades.

La última táctica ilustra una de las formas en las cuales el Presidente adquiere compromisos. El contacto que establece el Presidente con los grupos de interés, incluyendo empresas, es de doble sentido: El interés que tiene el Presidente en encontrar apoyo y formar coaliciones, tiene como contraparte dar acceso y escuchar las peticiones de esos mismos grupos.

El contacto de la oficina del Presidente con los grupos de interés puede establecerse aun antes de que el proyecto de ley sea presentado al Congreso para su discusión; de esta manera, los grupos pueden influir en la redacción de la ley, por ejemplo, haciendo llegar a dicha oficina la información que más convenga a sus fines.

Por su parte, al Presidente le interesa que su ley sea

⁴² Hrebenar, Ronald & Ruth Scott, op. cit., p. 219.

⁴³ Burns, et. al, op. cit., p. 331.

aprobada, por lo que equilibra cuidadosamente las demandas de los grupos más fuertes para que el proyecto no tenga problemas cuando esté en manos del legislativo.⁴⁴

En la administración pasada, la industria contó con que el Presidente de Estados Unidos, George W. Bush fue director de Eli Lilly Co. en los setentas,⁴⁵ por lo que suponemos que el Presidente Bush conoce la industria y muy probablemente seguía en contacto con quienes la representan. Esto pudo haber significado apoyo para los intereses de la industria.

**B. ONDCP, Office of National Drug Control Policy
Oficina Nacional de Política de Control de Drogas**

En 1989 fue creada la ONDCP para coordinar la aplicación de la ley antidrogas, como una dependencia de la Oficina del Presidente. (Véase Organigrama No. 1) En principio, las relaciones presidenciales con cada una de las dependencias que ponen en práctica medidas de control de drogas, se llevan a cabo a través de esta oficina.

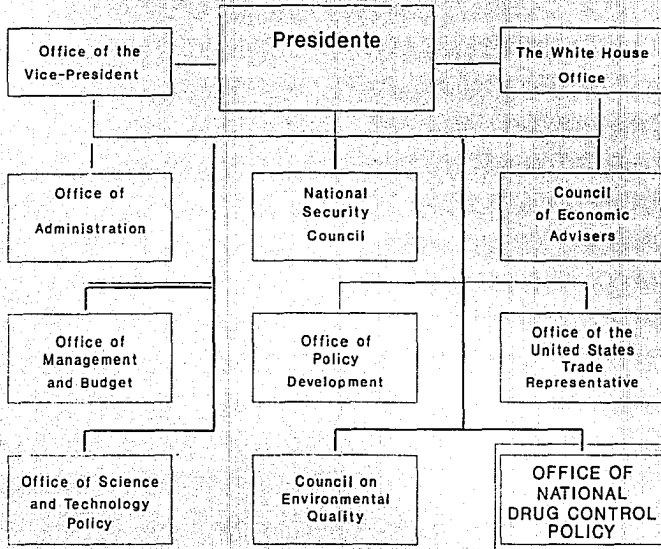
C. Departamento de Justicia: DEA

Dentro del Departamento de Justicia encontramos a La DEA, la principal agencia encargada del control de sustancias, que inclusive estuvo encargada de coordinar la cooperación de otras

⁴⁴ Hrebennar, Ronald & Ruth Scott, *op. cit.*, p. 220.

⁴⁵ Who's who in American Politice, R. R. Bawder Database Publishing Group, Reed Publishing USA Inc., 1989-1990, p.1519.

LA ONDCP FORMA PARTE DE LA OFICINA DEL PRESIDENTE



Fuente: Burns, et al., *Government by the People*, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1989, p. 330.

agencias cuando no existía una oficina ejecutiva que lo hiciera.

Sus principales funciones son:

1. Planear la aplicación de "La Estrategia" federal, desarrollar programas a tal efecto, y evaluar los resultados.
2. Entablar acción judicial contra quienes transgredan la Ley de Control de Sustancias (CSA) a nivel interestatal e internacional.
3. Cooperar con agencias federales, estatales, extranjeras e internacionales sobre asuntos de inteligencia.
4. Aplicar las medidas señaladas en la Ley de Control de Sustancias (CSA) relativas a sustancias producidas legalmente.⁴⁶

Las investigaciones sobre desvío y distribución ilícita de sustancias las llevan a cabo las divisiones de desvío de las oficinas de la DEA ubicadas en las principales ciudades, con la colaboración de autoridades locales y estatales. Estas actividades son coordinadas por la Oficina de Control de Desvío de la División de Operaciones de la DEA, en Washington D. C.⁴⁷

Para el año fiscal 1990, se designaron 376 investigadores para

⁴⁶ U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Briefing Book, septiembre de 1990, pp. 1-3; "Movilización Nacional", en Price, Adrienne (dir.) Drogas Ilegales, una Crisis Internacional, Servicio Informativo y Cultural de los Estados Unidos, agosto de 1985, p. 16.

⁴⁷ U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Briefing Book, op. cit., p. 4.; entrevista con R. Drew Moren, Agente Residente encargado de la Oficina de la DEA en la Ciudad de Salt Lake, Utah, febrero de 1991.

detectar casos de desvío en todo el país⁴⁸, que debían investigar a todos aquellos con permiso de poseer y manejar sustancias controladas; es decir, 376 personas debían controlar el paso de medicamentos por las manos de 79,000 instituciones o personas:

1. Establecimientos que deben registrarse y mantener control de compra y venta.

1,000 fabricantes

2,400 mayoristas

Total 6,000

2. Establecimientos que deben llevar un control, pero no están obligados a registrarse.

9,000 hospitales y clínicas

2,000 instalaciones de investigación

54,000 farmacias y otros minoristas

8,000 médicos que surten medicamentos

Total 73,000

Como se puede apreciar, 376 investigadores resultan insuficientes para revisar cuidadosamente las compras y ventas de 79,000 sujetos de investigación. Las auditorías que llevan a cabo se concentrarán en los inventarios y sistemas de distribución de los fabricantes y mayoristas⁴⁹, donde, tal vez se eviten desvíos de grandes proporciones, aunque no se evite el desvío que ocurre principalmente en los últimos niveles de distribución.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ "Controlled Substances Act and Diversion Control", U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Drug Enforcement Administration. A Profile, op. cit., p. 18.

Esto significa que el desvío se encuentra diseminado, se trata de muchos individuos, violando la Ley de Control de Substancias con cantidades no muy grandes, distribuidos por todo el país. El combate a este problema se hace, por esto más complicado y caro, pues además al monitorear desvíos no se debe interferir con el comercio legítimo.

La actividad política de la DEA está enfocada a influir en las decisiones de los comités judiciales de ambas cámaras del Congreso, para lograr que se les confiera mayor autoridad y se aumenten los recursos destinados a equipo y personal.

Por otra parte, aunque una forma de relación de la DEA con los comités judiciales es la formulación de iniciativas, esto se vuelve cada vez menos común porque, cada vez más, las decisiones importantes se toman en las oficinas de la rama ejecutiva al interpretar y redefinir las leyes en "reglamentos" (Administrative Actions).⁵⁰ Este fenómeno explica también que las relaciones de influencia que buscan crear los grupos de interés se estén reorientando hacia esas oficinas y hacia las agencias reguladoras.

4. FDA, Food and Drug Administration

Oficina de Control de Alimentos y Medicinas

Las agencias regulatorias en Estados Unidos son creadas por el Presidente, pero actúan de manera independiente de cualquier rama

⁵⁰ Peter C. Stuart, "Lobby Reform", originalmente publicado por la revista Christian Science Monitor, en 1975, reimpresso en The Mainichi Daily News, Japon, 30 de octubre de 1975, en Hrebenar, Ronald & Ruth Scott, op. cit., p. 248.

de gobierno, pues el propósito de su creación es contar con instancias imparciales que: 1) controlen la entrada de empresas a una actividad específica y establezcan precios o que 2) "corrijan una gran variedad de efectos perjudiciales de cierta actividad económica". La FDA es una agencia de este segundo tipo.⁵¹

Esta agencia tiene como función "defender al público de alimentos insalubres, medicamentos inseguros [y de] dispositivos médicos ineficaces..."⁵²

Las compañías que pretendan introducir un producto médico necesitan la aprobación de la FDA, la cual analiza el producto en sus laboratorios y con su propio personal para determinar si es seguro o no. Los resultados de estas pruebas de laboratorio son el punto de partida de la negociación y regateo para determinar el número de usos o indicaciones, y el de precauciones que se señalarán en la etiqueta.⁵³

Si la FDA insiste en que se debe mencionar tal o cual precaución [en la etiqueta], se reduce el potencial de ventas, de manera que el regateo empieza, es una cosa a cambio de otra, esa precaución se incluye siempre que se reinstale [el uso médico] que antes se había eliminado.⁵⁴

⁵¹ Burns, James, et al., op. cit., p. 508.

⁵² Rouner, Julie, "House Moves to Close 'Gray Markert' for Drugs", Congressional Quarterly Weekly Report, 9 de mayo de 1987, vol. 45, No. 19, p.919; Ver también Burnes, James et al., op. cit., p. 510.

⁵³ Esto está directamente relacionado con la forma de aumentar o disminuir las ventas de medicamentos expuesta en la parte III de este capítulo.

⁵⁴ Pekkanen, op. cit., p. 72.

Aun cuando la función de la FDA es supervisar la calidad de los productos de la industria farmacéutica, la relación entre la agencia y esta industria es, más bien, de aliados. No es raro encontrar audiencias públicas donde los funcionarios de la agencia defienden puntos de vista de la industria.

La Asociación de Fabricantes de Medicamentos (Pharmaceutical Manufacturers Association PMA), asesora a la FDA y le facilita información cuando la agencia elabora iniciativas para presentarlas en los comités y subcomités del Congreso.

La asociación lleva a cabo actividades de capacitación en las que participa el personal de la agencia y patrocina investigaciones cuyos resultados puede utilizar la FDA. Además, el personal de ambas instituciones cuenta con conocimientos y preparación para incorporarse en cualquiera de las dos, se trata del mismo círculo profesional, lo cual fomenta la alianza.

De esta manera se puede observar que los intereses de la industria están protegidos por la relación de las empresas con legisladores y funcionarios encargados de regular la actividad, quienes, en lugar de cumplir un simple papel "neoliberal" de "policía" y proteger la salud pública, parecen fomentar y colaborar en la actividad económica.

Esta situación resulta poco favorable en caso de conflicto, por ejemplo, si el abuso de psicoterapéuticos aumentara y la opinión pública presionara en favor de mayores restricciones a la oferta.

Para ilustrar la forma en que la industria puede influir en

las decisiones gubernamentales relacionadas con la actividad económica que llevan a cabo, exponemos a continuación la historia del proceso legislativo que se siguió para aprobar la Ley de Control de Sustancias (CSA).

6.5 Participación política de la industria farmacéutica en la aprobación de la Ley de Control de Sustancias de 1974

La iniciativa para la Ley de Control de Sustancias fue presentada por la oficina del ejecutivo encargada de drogas (Office of National Drug Control Policy, ONDCP). El proyecto se basaba en la clasificación que utiliza la Convención de Drogas Psicotrópicas de la Organización Mundial de la Salud para dividir a las drogas e imponer diferentes tipos de restricciones a la producción y comercio de cada una.⁵⁶

En el documento se incluían tres clasificaciones:

1. Drogas prohibidas.
2. Medicamentos de uso restringido (vendidos sólo con receta).
3. Medicamentos distribuidos sin receta.

En un principio anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes se ubicarían en la segunda categoría, y estarían sujetos a las mismas medidas de control. Sin embargo, conforme se dio el proceso de discusión y cabildeo en el Congreso, el proyecto de ley adquirió dos clasificaciones más.

Para principios de los años 70, los medicamentos con los que

⁵⁶ Ibid., p. 204.

había habido más casos de sobredosis u otros problemas médicos y sociales eran las anfetaminas. Los fabricantes de depresores se aliaron para presionar por que se separaran sus productos de las anfetaminas, a las cuales se les consideraba más peligrosas.

Una vez logrado lo anterior, esta alianza se rompió. Los fabricantes de benzodiazepinas, especialmente Roche[™], pusieron a trabajar todos sus instrumentos de influencia para separar a los tranquilizantes de los barbitúricos. Estas compañías afirmaron que sus productos tienen menor potencial de abuso que los barbitúricos y que, colocarlos en la misma clasificación crearía una falsa impresión de que son igual de peligrosos.

Hubo conflictos de intereses aun entre empresas fabricantes de productos similares, precisamente por ser competidoras.

Eli Lilly, SK&F, CIBA y Geigy trataron de evitar que las anfetaminas fueran las sustancias controladas con mayor rigor insistiendo en que un estricto control haría proliferar el desvío y que, además, no se debía tratar a todas las variantes de anfetamina como si fueran iguales, pues la metanfetamina era la variedad de la que más se abusaba.

Sobre este último punto, los abogados representantes de Abbott, laboratorio que recibía importantes ingresos de la venta de Desoxyn[™] (metanfetamina), replicaron que restringir la producción y distribución de metanfetamina, y no de anfetaminas en general sería discriminar a la empresa que representaban. De acuerdo con

⁵⁰ En 1970 existían alrededor de 700 marcas de tranquilizantes. Librium[™] y Valium[™] captaban el 40% del mercado; *Ibid.*, p. 201.

Abbott, la metanfetamina era la droga de moda porque es fácil producirla clandestinamente, controlar la metanfetamina legal no solucionaría nada, sería atacar el problema en el lugar equivocado, y afectaría a la empresa, beneficiando a SK&F y a Lilly.⁵⁷

Al finalizar el proceso de discusión y cabildeo, se votó y aprobó una ley con cinco categorías, a saber:

1. Drogas prohibidas.
2. Medicamentos de uso restringido. Esta categoría era básicamente para metanfetaminas, a las que se imponían controles tan estrictos como a las drogas prohibidas, con la única diferencia de que se permite su uso médico.
3. Barbitúricos y anfetaminas, exceptuando metanfetaminas.
4. Tranquilizantes.
5. Medicamentos vendidos sin receta médica.⁵⁸

Antes de votar la ley en la Casa de Representantes se hizo un intento por pasar las anfetaminas de la clasificación III a la II, pero fracasó por tres razones: la oposición de congresistas republicanos, quienes habían sido influenciados por la industria, la rivalidad entre el Committee on Commerce y el de Crime Committee en torno a las modificaciones, y la oposición del Presidente Richard Nixon a que las anfetaminas fueran consideradas por la ley como drogas tan peligrosas como las ilegales pero con uso médico.

Una vez aprobada la ley, surgieron productos similares a los controlados, como medicamentos con combinaciones de cafeína,

⁵⁷ Ibid., pp. 248-249.

⁵⁸ Ibid., pp. 204-295.

efedrina y fenilpropanolamina, que provocaban alerta y estimulación parecida a la de las anfetaminas y que, además eran vendidos en presentaciones similares a las de los medicamentos recetados, pero se vendían libremente.⁵⁰

La ubicación de sustancias en categorías de control es una actividad constante, por lo que ahora se pueden encontrar barbitúricos y anfetaminas en clasificaciones II, III y algunos hasta en la IV, dependiendo de la combinación, la dosis y, por supuesto, de las presiones que ejerza el fabricante y de su poder.

6.6 Obstáculos políticos en un nuevo escenario de la guerra contra las drogas

Si al reducirse la oferta de drogas ilegales aumentara el consumo recreacional (abuso y mal uso) de medicamentos, la atención de todos los actores relacionados con el problema -gubernamentales y privados- se reorientaría hacia el problema del desvío, el tráfico de recetas, etcétera.

Hasta este momento no se ha visto que se preste mucha atención a este asunto, pero no sería remoto que las asociaciones de tratamiento, educación y prevención exigieran en el futuro un mayor control sobre el mal uso y el desvío de medicamentos y que lograran el apoyo de la opinión pública y los electores.

Es probable que el Presidente utilizara esa nueva preocupación "para llevar agua a su molino", pero siempre cuidadoso de separar

⁵⁰ Schlaadt & Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1986, p. 95.

el problema del desvío de las responsabilidades de la industria farmacéutica y obligado a proteger la actividad económica legítima, cuyos representantes seguramente se alertarán y tomarán precauciones para defender su derecho a llevar a cabo su negocio argumentando que sus productos son medicamento útiles y necesarios.

Una reorientación de la política antidrogas hacia el mercado interno de drogas supondrá necesariamente otro tipo de negociación con los actores del mercado que, por tratarse de una parte de la economía legal, tendrían voz y voto.

Por su parte, la DEA se vería obligada a ampliar sus actividades contra el desvío y hacerlo realmente eficiente. Es previsible que no se pudiera evitar un aumento en el desvío como forma de satisfacer la creciente presión de la demanda de drogas en el mercado negro, pues ni siquiera actualmente resulta suficiente el personal dedicado a investigar desvíos, ni adecuado el sistema de control.

Por otra parte la DEA se encontraría con la dificultad de tener que "extraer como con pinzas" a aquel sujeto que estuviera vendiendo medicamentos en el mercado negro para no violar los derechos de ciudadanos estadounidenses inocentes y así evitar quejas, críticas y presiones de organizaciones defensoras de derechos civiles de ese país.

Podemos imaginar que si ha habido quejas porque la DEA viola la "cuarta enmienda" de la Carta de Derechos de la Constitución de Estados Unidos al poner en práctica medidas contra la producción y venta ilegal de drogas, este tipo de quejas aumentarían al tratarse

de controlar el desvío de medicamentos, porque primero la DEA deberá tener la seguridad de que la posesión, venta o consumo de estas sustancias es un acto ilegal y porque es difícil detectar la venta al menudeo de objetos tan pequeños. Lo anterior resulta más claro al revisar el contenido de la cuarta enmienda:

El derecho del pueblo de contar con seguridad en sus personas, propiedades, cosas, papeles y efectos, contra cateo e incautación sin motivo, no debe ser violado, y no se debe expedir ninguna orden, si no se establece causa bajo juramento o afirmación, en donde se describa el lugar en particular que será cateado y las cosas que serán incautadas.

De igual manera, si es difícil encontrar a quienes venden heroína, marihuana y cocaína, más difícil resulta encontrar a aquellos que venden o usan medicamentos ilegalmente.

En este punto nos volvemos a topar con la dificultad de reconocer cuando se usa, cuando se usa mal y cuando se abusa de algún medicamento, pues si a veces la diferencia no es reconocida ni por el propio usuario, no podemos esperar que otra persona lo reconozca y sancione.

Por este motivo, fijar un límite a la producción de psicoterapéuticos resulta complicado, pues si no se puede separar el uso necesario del innecesario, tampoco se puede establecer la cantidad que solucionaría necesidades reales.

Finalmente, ingerir sustancias resulta un acto privado en el que ningún gobierno puede influir efectivamente, pues no se pueden controlar las actividades que realiza cada ciudadano. De manera

^o Constitution of The United States of America, en Burnes, et al., op. cit., s/p.

que la necesidad de infundir cambios de actitud en la población se haría evidente. En este sentido, resulta imperativo que la población esté conciente de que los problemas emocionales son síntomas y no enfermedades, que se palian con medicamentos pero no se curan y principalmente, que los medicamentos psicoterapéuticos también son drogas.

En resumen si se eliminara la oferta externa, pero se mantuvieran fuentes de oferta interna, y siguiera habiendo personas que busquen drogas, empezaría una nueva y diferente "guerra contra las drogas", probablemente más enfocada a convencer al usuario de que no recurra a las drogas y en la que el uso de la fuerza policiaca no sería tan importante.

C O N C L U S I O N E S

A lo largo del siglo XX el problema del consumo de drogas en Estados Unidos ha cambiado pero no ha desaparecido. Durante las primeras décadas preocupaba el consumo de opio, después de la segunda guerra se combatía la heroína, en los sesentas las drogas de moda fueron los alucinógenos y en los ochentas la cocaína.

La inquietud por desarrollar la presente investigación surgió al analizar los datos del gobierno de Estados Unidos sobre el consumo de psicotrópicos, presentados en el capítulo IV, que señalaban que el uso de drogas había disminuido de 1985 a 1988, por lo que cabía preguntarse ¿se está acabando el problema? ¿o está cambiando otra vez de forma?

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Este estudio ha descrito algunos factores que explican por qué se consumirían otras drogas si las extranjeras que ahora dominan el mercado no estuvieran presentes y por qué suponemos que los medicamentos psicoterapéuticos serían los substitutos más importantes.

Estos factores los agrupamos en dos: los que explican las razones que nos permiten suponer que la demanda no desaparecería, a pesar de las medidas aplicadas por las autoridades para sancionar el uso, y los que indican que aun existiendo otros productos, los psicoterapéuticos podrían dominar el mercado.

Permanencia de la demanda

De acuerdo a la explicación del capítulo II, "Razones por las que se consumen drogas", las causas por las que existe demanda siguen presentes: los valores culturales como la importancia de competir en todo ámbito de la vida diaria y ser "el mejor", la inestabilidad familiar y la soledad que esto provoca, los temores ante la posibilidad de que su país participe en alguna guerra, la incertidumbre ante los problemas provocados por la recesión económica y sus repercusiones en los estándares de vida, crean angustia y presiones en los habitantes de Estados Unidos, que requieren de algún tipo de "válvulas de escape".

Si se mantiene la demanda, la disminución en el consumo de unas drogas originaría aumento en el consumo de otras

Al observar que las características sociales que generan demanda siguen presentes, resulta difícil creer que los habitantes de Estados Unidos simplemente están dejando de consumir drogas, como resultado de las campañas contra la oferta o motivados por campañas educativas e informativas y por la tendencia a consumir productos que no dañen la salud, por lo que el capítulo IV, "Consumo de drogas y medicamentos psicoterapéuticos en Estados Unidos" señala qué drogas son más consumidas, cuáles se están dejando de consumir y cuáles están siendo más consumidas.

El propósito de ese capítulo era demostrar que cuando baja el consumo de unas drogas aumenta el de otras, lo que permitiría sugerir la posibilidad de una substitución.

Sin embargo observamos que, de acuerdo con los datos de la Encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares del NIDA, de 1979 a 1982, el consumo de todas las drogas estudiadas disminuyó, sin embargo el de analgésicos se mantuvo estable, por lo que, con estos datos no se puede afirmar que se haya dado sustitución alguna. (Véase Cuadro No. 2)

De 1982 a 1985 el consumo de marihuana, de sedantes y de inhalantes bajó, mientras que el de cocaína, analgésicos y alucinógenos aumentó, por lo que es posible que algunos consumidores de marihuana disminuyeran o eliminaran el uso de esa droga y, en cambio, utilizaran otros alucinógenos como PCP, LSD o MDMA, y que los consumidores de sedantes los substituyeran por analgésicos, cuya tendencia desde 1979 era a la alza; de cualquier forma, el tipo de consumidor de cocaína durante esos años no corresponde al usuario de ninguna de las drogas que disminuye, por lo que suponemos que se trata de consumidores nuevos que no han substituido el uso de una droga por otra.

El uso de drogas de 1985 a 1988 disminuyó en general, aumentando solamente el consumo de inhalantes, pero no en proporción que nos permita afirmar que substituyó a las que se dejaron de consumir, aunque pudo darse sustitución de algunas drogas en ciertos sectores de mercado.

Los medicamentos psicoterapéuticos pueden dominar el mercado

Al llegar a este punto en que las causas de la demanda siguen presentes pero el consumo ha disminuido, podrían estar sucediendo dos cosas: 1) que los temores y angustias colectivas estén utilizando "válvulas de escape" diferentes a las drogas, o 2) que el consumo de algún tipo de drogas pase desapercibido. El capítulo IV incluye algunos datos sobre ventas de tranquilizantes con receta médica, que permiten sugerir que el consumo de estas sustancias no es reportado en las encuestas del NIDA porque no se trata de consumo ilegal y porque el mal uso o abuso de medicamentos, difícilmente es reconocido inclusive por el consumidor.

En este trabajo se identifican cinco factores que favorecen la segunda opción:

1. Como se describe en el capítulo I, existe una especie de "prohibicionismo selectivo", en el que se combate oferta y demanda principalmente de drogas extranjeras.
2. Las campañas informativas y educativas con el slogan "di no a las drogas", ponen mayor énfasis en el consumo de cocaína, marihuana y heroína que en el de medicamentos. La publicidad negativa sobre las drogas extranjeras es mayor que sobre drogas nacionales producidas clandestinamente o medicamentos desviados, refiriéndose muy poco al abuso de medicamentos recetados.
3. Los medicamentos tienen usos médicos reconocidos, por lo que cuentan con aceptación social, es decir que no son vistos como drogas aunque producen los mismos efectos.

4. Precisamente por no ser productos prohibidos, sino controlados, el acceso a ellos es más sencillo. No hay que recurrir a una compra ilegal para conseguirlos.
5. Además la variedad de medicamentos aumenta por los esfuerzos constantes de investigación de la industria que continuamente introduce productos nuevos en el mercado.

A estos cinco elementos se agrega el hecho de que la producción de medicamentos se está abaratando a medida que avanza la investigación en esta área; por otra parte, los gastos de distribución son menores cuando se trata de producción nacional porque no necesitan ser transportados medio continente, ni traspasar fronteras; a veces ni siquiera entre estados de la unión americana. con el consiguiente ahorro en aviones, radares, armas y personal, que no serian necesarios porque se trata de comercio legal.

Observando las ventajas comparativas anteriores, se podría pensar en la posibilidad de un cambio de moda de consumo de drogas extranjeras naturales, por sintéticas nacionales, por razones económicas, independientemente de que las actividades antidrogas se centren principalmente en las extranjeras.

El consumo de marihuana latinoamericana, de cocaína y de heroína pueden estar cambiando por el de marihuana estadounidense, anfetaminas y depresores respectivamente

Es importante observar que las características de los consumidores de drogas difieren de acuerdo con la droga que se trate; por ejemplo, una mujer, con educación superior y empleo que abusa de analgésicos, no substituiría su uso por heroína si no contara con sus pastillas. El uso de heroína entre mujeres es muy bajo, así como entre la población empleada y con educación superior.

El capítulo V, "Sectores de mercado captados por cada droga", nos muestra la posibilidad de substituciones de productos tomando en cuenta las diferencias entre el tipo de consumidor de cada droga, de acuerdo con datos de 1988.

En él se observa que el grupo de consumidores de alucinógenos que más se parece al de consumidores de marihuana es el de consumidores de "crack". En este período, el consumo de la marihuana disminuyó y el de "crack" aumentó, por eso, y porque ambos se fuman, es muy probable que se trate de una substitución de una por la otra entre el mismo grupo de consumidores. En este grupo se observa también la substitución del consumo de marihuana extranjera por estadounidense.

Los estimulantes, tanto cocaína como anfetaminas, son consumidos por jóvenes con educación media superior, principalmente blancos. Aunque el grupo de consumidores es similar, no existió cambio de una por otra porque el uso de cocaína bajó y el de

anfetaminas, de acuerdo con datos oficiales sobre abuso, no subió¹. Sin embargo, si en el futuro disminuyera la oferta de cocaína en el noreste, que es la región con mayor consumo de esta droga, las anfetaminas recetadas serían el sustituto más viable pues, además de la similitud en edad, raza, nivel educativo y estatus laboral entre los consumidores de ambas drogas, las anfetaminas se producen legalmente en esa región, mientras que los estimulantes clandestinos se elaboran principalmente en el oeste y, hasta ahora no se transportan a grandes distancias.

Los resultados de la comparación entre los consumidores de heroína con los de otros analgésicos, sedantes y tranquilizantes nos refleja que se trata de sectores distintos. El consumidor de heroína tiende a ser varón, adulto, sin educación media superior, empleado de medio tiempo y negro, mientras que los consumidores de las otras sustancias son en su mayoría mujeres, con empleo y educación media superior. Posiblemente la explicación de esta división tan clara del mercado sea que los medicamentos con los mismos efectos que la heroína han sido una opción más adecuada para aquellas personas acostumbradas a seguir normas sociales y legales y que poco a poco fueron ganando ese sector del mercado de depresores. Esta explicación sería reforzada por el aumento de 50% en la venta de estos productos con receta de 1988 a 1991² y la

¹ Se calcula que la mayor parte de los 5 mil millones de dosis de anfetaminas producidas en 1981 se utilizaron con propósitos no médicos porque el efecto anoréxico de la sustancia dura sólo de cuatro a seis semanas. Meyers, Frederick H., et al., Farmacología Clínica, México D.F., Ed. Médico Moderno S. A., 1982, p. 294.

² Véase cuadro No. 12.

tendencia decreciente en el uso de heroína.

Este capítulo nos demuestra que si no se ataca de igual manera la oferta de todas las drogas y no sólo de las extranjeras, y que si los esfuerzos educativos no incluyen todas las sustancias con potencial de abuso, es muy probable que el consumo de estupefacientes en Estados Unidos no se acabe como resultado de la política actual porque ese país también los produce.

CONSECUENCIAS INTERNACIONALES DE LOS CAMBIOS EN EL MERCADO DE DROGAS MAS GRANDE DEL MUNDO

Generalmente los estudios de relaciones internacionales sobre el problema de las drogas, se centran en el contrabando aunque reconozcan que ésta es sólo una de las fases del fenómeno que también incluye cultivo, producción, colocación de los productos en mercados nacionales, distribución al menudeo y consumo.

Los cambios sufridos por cada una de estas fases afectan a las demás porque se trata del mismo fenómeno. Por lo tanto un cambio en el comportamiento del mercado de drogas más grande del mundo, necesariamente provoca cambios en cultivo, producción y contrabando actividades que afectan a países latinoamericanos y asiáticos. Si mi predicción acerca de la sustitución de unas drogas por otras es correcta, habría que plantearse las posibles consecuencias que esto tendría para el resto de los países.

Enfoque sobre la demanda y propuestas

De manera que este trabajo llena un hueco en los estudios

sobre este problema, pues así como existen estudios sobre la oferta, por ejemplo de cocaína o marihuana que proponen acabar con la falta de oportunidades que, en áreas rurales latinoamericanas, motivan el cultivo de coca o marihuana, como un medio más eficaz que prohibir o erradicar cultivos, este estudio sobre el comportamiento del mercado explica que los motivos por los cuales se consumen drogas tienen raíces en la cultura estadounidense y son más profundas que un simple deseo de diversión o de experimentar una sensación novedosa. Esto implica que, en lugar de prohibir el uso de drogas o lanzar grandes campañas informativas sobre lo destructivo que resulta su uso, podría ser más efectivo lo siguiente:

1. que, así como la sociedad estadounidense ha tomado conciencia sobre los efectos del colesterol, del tabaco y del alcohol para la salud, esta sociedad tome también conciencia de aquellas características culturales que están provocando el uso de drogas y trate de cambiarlas. Hablamos de costumbres como la de "tomar algo" para evitar sensaciones de angustia, tensión o falta de sueño, en lugar de evitar las situaciones que provocan tales síntomas.

Al cambiar dichos valores, costumbres y actitudes, se eliminaría la costumbre de utilizar sustancias como "válvulas de escape".

2. Si se logra el cambio de actitud antes descrito, pero permanecen los motivos de angustia colectiva (miedo a la participación de Estados Unidos en una guerra, preocupación

por la caída del nivel de vida, etc.), se deberían buscar nuevas "válvulas de escape" que substituyan el uso de drogas. Algunos intentos en este sentido son los programas deportivos promovidos por organizaciones civiles e instituciones de tratamiento y desintoxicación.

Es muy probable que un proyecto que incluya las dos propuestas anteriores logre reducir el número de usuarios de drogas, aunque no se pueda eliminar por completo la demanda. De cualquier forma es indudable que la tendencia a consumir medicamentos en lugar de drogas ilegales, haría del consumo de drogas un fenómeno completamente distinto.

La nueva situación en Estados Unidos

En caso de que el consumo de sustancias que alteran la conciencia se restrinja a psicoterapéuticos, existe mayor facilidad para que el gobierno acepte el consumo como un padecimiento psicológico, pues de hecho, no existe una diferencia clara entre los usos médicos y el abuso, como se explica en el capítulo IV. El consumo de drogas se habría vuelto legal, por lo que no sería necesario legalizar el consumo de las drogas que hoy son ilegales.

La nueva situación dentro de Estados Unidos dependería, en gran medida, de que se asuma que el consumo de drogas es inevitable -así como se ha aceptado el del alcohol- y se regule de igual manera.

En el capítulo VI, "Industria farmacéutica, desvío y

participación política", se mencionan algunos actores involucrados en el problema de las drogas legales -que incluye oficinas gubernamentales, al Congreso y asociaciones civiles- y se describe un escenario nuevo en las relaciones entre estos actores en caso de que las drogas extranjeras fueran substituidas por medicamentos.

En ese capítulo suponemos que la definición del problema dependería del juego de fuerzas políticas de los actores involucrados. La influencia política de la industria farmacéutica sería utilizada para que se aceptaran los motivos del consumo de drogas como un padecimiento que justifica el uso de sus productos, pero las organizaciones no lucrativas de padres de familia, de iglesias, e instituciones de tratamiento, aunque pudieran coincidir en aceptar el uso de drogas como inevitable, se opondrían al uso indiscriminado de psicoterapéuticos, si éste daña la salud.

Si el resultado de esos intereses en las decisiones gubernamentales es seguir controlando la producción y venta (oferta) de medicamentos con los mismos métodos que se han utilizado hasta ahora, la política antidrogas tendría algunas similitudes con la actual:

- Se fortalecerían las actividades de la DEA para evitar el desvío y las del FDA para controlar la calidad y efectos de los medicamentos.
- El combate a las drogas tendría que ser más cuidadoso y selectivo, pues se tendría que probar el ilícito antes de proceder, por ejemplo, a un embargo o a revocar una licencia de producción o distribución porque se trata de empresas legales.

- El respeto a los derechos civiles de los ciudadanos de Estados Unidos sería un obstáculo nuevo que no se toma en cuenta cuando se trata de ciudadanos de otro país.

- Las actividades de erradicación en América Latina y en Asia, y la interdicción de drogas ilegales en las fronteras estadounidenses serían poco importantes, por lo que los recursos que ahora se dedican a esas actividades se reasignarían para fortalecer el control de medicamentos en el mercado estadounidense.

La diferencia sería que se trataría de una "guerra contra las drogas" dentro del territorio de Estados Unidos.

Pero si el gobierno estadounidense concibe la economía de los medicamentos como la de cualquier otro producto básico, y acepta el consumo de estos productos como un fenómeno social menos dañino que los problemas que causa su persecución, entonces:

- Se acabaría "la guerra contra las drogas".
- Se liberarían los recursos utilizados para atacar el problema de las drogas mediante la penalización de las actividades relacionadas con este mercado y se podrían destinar a otros gastos.
- Aumentaría la producción y las ventas de productos farmacéuticos con receta médica.
- El problema del desvío de medicamentos a canales ilegales se reduciría o acabaría, así como la falsificación de estos productos en laboratorios clandestinos.
- Las organizaciones criminales tendrían que buscar otro negocio, porque el de las drogas sería ahora legal.
- Los médicos podrían hablar de abuso de sustancias con mayor

facilidad y con menos restricciones morales, por lo que sería más fácil tratar los casos de adicción.

- Existiría mayor protección al consumidor porque la FDA (Food and Drug Administration) se dedica a procurar que los productos consumidos en Estados Unidos no tengan efectos dañinos y que cumplan con ciertos estándares de calidad.

En Estados Unidos las drogas dejarían de ser un asunto de política exterior para pasar a ser un asunto esencialmente de política interna, aunque con un aspecto internacional, que sería el comercio de sustancias y materias primas para la elaboración de medicamentos, que ya está regulado por la Convención de Estupefacientes.

Los países actualmente oferentes o de tránsito de drogas ilegales a Estados Unidos dejarían de serlo, y Estados Unidos perdería un arma de presión que actualmente le da ciertas ventajas al negociar con estos países.

Consecuencias internacionales del cambio de percepción del problema

Siendo Estados Unidos el principal promotor de actividades internacionales de control de drogas a causa de su problema social interno, si el problema se circunscribe a su territorio, ese país dejaría de promover la actividad internacional.

La percepción del fenómeno sería completamente distinta. No se trataría ya de un problema Norte-Sur, donde los países del sur son percibidos principalmente como oferentes, y los países del norte como consumidores. Se pensaría en un fenómeno de

transnacionales productoras de medicamentos, que se encuentran en países desarrollados y que llevan a cabo su actividad en todo el mundo.

El consumo de drogas sería visto de la misma manera que el consumo de alcohol y tabaco, no sólo en Estados Unidos, pues los patrones de consumo de ese país son imitados en el resto del mundo. Este cambio de percepción sería resultado de aceptar que es imposible eliminar todas las sustancias con potencial de abuso de una sociedad.

Al dejar de haber demanda para las drogas producidas en América Latina y Asia, las organizaciones de narcotraficantes deberían desaparecer o reorientar sus exportaciones, por ejemplo a Europa. Sin embargo es de esperarse que se elimine la amenaza que esas organizaciones representan para los gobiernos de los países en que operan.

Consecuencias para América Latina

El asunto del narcotráfico -junto con el del terrorismo y el de la ayuda humanitaria- ha provocado una discusión en foros internacionales sobre la conveniencia de flexibilizar el concepto de soberanía cuando la comunidad internacional juzgue necesaria la intervención en terceros países.

Generalmente, los países más poderosos son partidarios del derecho a intervenir para perseguir "crímenes internacionales" (como terrorismo, violaciones a los derechos humanos, narcotráfico, etc.) u otorgar asistencia humanitaria, mientras que el resto de

los países defienden el principio de no intervención por temor a que su soberanía sea violada utilizando ese derecho como pretexto.

En este sentido, una consecuencia importante de que Estados Unidos abasteciera su consumo de drogas sería que existiría una razón menos para "flexibilizar" los principios de no intervención y de respeto a la soberanía, que reducirían las posibilidades de intervenciones como la de Panamá.

Por otra parte, si suponemos un aumento en el consumo de psicoterapéuticos en Estados Unidos, es posible que las materias primas o productos intermedios sean importados de América Latina, aumentando el comercio de estos productos, o tal vez, las filiales latinoamericanas de Lilly, Abbott, o Geigy exporten los medicamentos ya elaborados a Estados Unidos. Es decir, la actividad de la industria farmacéutica, principalmente mexicana podría crecer.

En cuanto al consumo de drogas en América Latina, se puede pensar que la costumbre de uso de sustancias tradicionales no sea substituido por el de psicoterapéuticos, aunque, en las ciudades -donde la imitación de patrones de consumo estadounidense es mayor- tal vez si se dé el fenómeno de cambio o substitución.

A raíz de la evaluación anterior, el cambio del consumo de productos ilegales extranjeros en el mercado de Estados Unidos, por el de sustancias legales parece ser positivo para todos los países ahora involucrados en el problema, excepto Estados Unidos, en el caso de que las medidas de su gobierno sigan dirigidas a la oferta, y sean esencialmente policíacas.

F U E N T E S

I. Documentos del gobierno de Estados Unidos

1. Brownson, Ann, (ed.), Congressional Staff Directory 90/2, Mount Vernon, VA, Staff Directories, Ltd., 1990.
2. CIS (Congressional Information Service), CIS Annual Legislative Histories (of public law), Washington D. C., enero-diciembre de 1988.
3. Congressional Records, Washington D.C., Government Printing Office, enero-diciembre de 1990.
4. "Controlled Substances Act and Diversion Control", en U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration (DEA), Drug Enforcement Administration. A Profile, Washington D.C., preparado por the Controller Office, marzo de 1985.
5. National Narcotics Intelligence Consumers Committee, National Narcotics Intelligence Consumer Committee Report 1988: The Supply of Illicit Drugs to the US, (mimeo), abril de 1989.
6. "Summary of Drug Scheduling Activities under the Controlled Substance Act of 1970 prepared by the Office of Diversion Control, regulatory support section, information systems unit", (mimeo), 9 de marzo de 1987.
7. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1988 (NHSDA), Rockville, Maryland, U.S. Government Printing Office, 1988.
8. U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Briefing Book, Washington D. C., septiembre de 1990.
9. U.S. Department of Justice. Drug Enforcement Administration (DEA), Committee Report on Licence Revocation & Management Control Systems, presentado en la Conferencia Nacional sobre el Control y Desvío de Sustancias Controladas, San Antonio, Texas, 1987.
10. U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Committee Report on Model State Programs, presentado en la Segunda Conferencia Nacional sobre Control y Desvío de Sustancias Controladas, Tucson, Arizona, 1986.
11. U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, (DEA), Controlled Substances Act, As amended to June 1, 1985, Washington D.C., Government Printing Office, 1985.

12. U.S. House of Representatives, Jaffe Jerome M.D. (Asesor Científico del NIDA), "The re-emergence of Methamphetamine", presentación ante el Comité Selecto sobre Abuso y Control de Narcóticos de la Casa de Representantes (Select Committee on Narcotics Abuse and Control), Government Printing Office, 24 de octubre de 1989.
13. U.S. Office of National Drug Control Policy, Leading Drug Indicators, Washington D. C., U.S. Government Printing Office, septiembre de 1990.
14. U.S. Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy 1990, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, enero de 1990.
15. U.S. Senate, Controlled Substances Analogs Enforcement Act of 1985, Audiencia ante el Comité Judicial del Senado, (Committee on the Judiciary), Washington D. C., Government Printing Office, 18 de septiembre de 1985.

II. Libros

1. Barnett "Curing the Drug Law Addiction. The Harmful Side Effects of Legal Prohibition", reimpresso en Hemoway, Ron (ed.), Dealing with Drugs, Lexington Books, 1987.
2. Barnhart, Edward R. (editor), The Physicians' Desk Reference (PDR), Oradell, Nueva Jersey, Medical Economics Co., 1991.
3. Burns (et al.), Government by the People, Eaglewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 13a. ed., 1989.
4. Cider, Epidemiology of Inhalant Abuse, Rockville, MD, NIDA Research Monograph, 1988.
5. Cooper, Mary, The Business of Drugs, Washington D. C., Congressional Quarterly Press, 1990.
6. Goodman & Gilman, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Nuva York, Pergamon Press, 1990.
7. Grinspoon, Lester M.D. & Peter Hedblom, The Speed Culture. Amphetamine Use and Abuse in America, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1975.
8. Hrebenar, Ronald & Scott, Ruth, Interest Group Politics in America, Eaglewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1990.
9. Meyers, Frederick H., et al., Farmacología Clínica, México, D.F., Ed. Médico Moderno S.A., 1982.

10. Pekkanen, John, The American Connection. Profiteering and Politicking in the "Ethical" Drug Industry, Chicago, Follett Pub. Co., 1973.
11. Price, Adrienne (dir.), Drogas Ilegales, una Crisis Internacional, s/l, Servicio Informativo y Cultural de los Estados Unidos, agosto de 1985.
12. Reuter & Haaga, The Organization of High-Level Drug Markets: An Exploratory Study, Santa Mónica, California, Rand Library Collection, febrero de 1989.
13. Schlaadt, Richard & Peter T. Shannon, Drugs of Choice, Eaglewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1986.
14. Who's Who in American Politics, R. R. Bowder Database Publishing Group, Reed Publishing USA Inc., 1989-1990.

III. Periódicos, revistas y folletos

1. "AIDS after 50", The New York Times, lunes 26 de noviembre de 1990.
2. Cowley, "A Prozac backlash; does America's favorite antidepressant make sane people crazy? Despite a string of dramatic accusations, the jury is still out", Newsweek, 1 de abril de 1991, p. 64.
3. Cowley, Springen, Iarovici & Hager, "Sweet Dreams or Nightmare? The Most Popular Sleeping Pill in the World Faces Mounting Challenge Over its Safety", Newsweek, 19 de agosto de 1991, pag. 34.
3. "Drug Numbers", USA Today, 20 de diciembre de 1990, p. 6A.
4. "Facts About Amphetamines", Addiction Research Foundation, Canadá, enero de 1989 (folleto).
5. "Facts About Barbiturates (and other sedative-hypnotics)", Addiction Research Foundation, Canadá, enero de 1989 (folleto).
6. "Facts About Hallucinogens", Addiction Research Foundation, revisado en enero de 1989, Canadá (folleto).
7. "Heroin Comes Back", Time, 19 de febrero de 1990, p. 63.
8. IMS (International Medicine Search), PMM Pharmaceutical Market USA, Switzerland, IMS Pub., mayo de 1991.
9. Parker, Jim, "Crystal, Crank & Speed Stuff. A Close-up Look at Stimulant Drugs", 1989, (folleto).

10. Roimano-Benner "Study Shows Americans are turning away from drugs", USIS, 4 de septiembre de 1990.
11. Shannon, Elaine, "The promise of Prozac. The breakthrough anti-depressant is easier to prescribe and has fewer side effects", Time, 3 de diciembre de 1990.
12. "Senate report on cocaine use", USA Today, 20 de diciembre de 1990, p. 6A.
13. United States Information Service (USIS), Vertical File, 26 de septiembre de 1990.

IV. Conferencias y Entrevistas

Conferencia dictada por Rollins Doug, del Centro de Toxicología Humana de la Universidad de Utah, el jueves 16 de mayo de 1991.

Entrevista con R. Drew Moren, Agente Residente encargado de la Oficina de la DEA en la Ciudad de Salt Lake, Utah, febrero de 1991.