



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE SOCIOLOGIA GENERAL Y JURIDICA

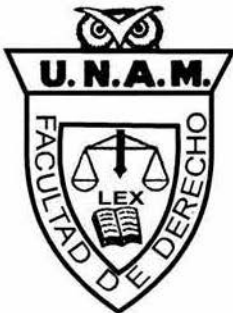
EL CONTROL Y REGULACION DEL USO DE CANNABIS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU TRASCENDENCIA SOCIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:
RICARDO PERALTA SAUCEDO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. PEDRO EMILIANO HERNANDEZ GAONA



MEXICO, D. F.

MARZO DE 2004



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi fuente de inspiración para un proyecto de vida intelectual, y por continuar con su incansable tarea de formación de líderes en los distintos campos profesionales.

A mi Facultad de Derecho, encontrando en sus aulas la diversidad de ideas y la enseñanza de alto nivel que la ha distinguido como la mejor del país, al pasar de los años.

Al Dr. Pedro Emiliano Hernández Gaona, su amistad y enseñanza profesional y principalmente por creer en mí y en este proyecto, mil gracias.

Para mi amada esposa Alejandra, eres mi ejemplo de lucha personal y de superación profesional incansable, te agradezco tu interés por verme crecer y por compartir tu vida a mi lado brindándome tu enorme cariño, y vamos por más.

A mi admirado Padre Lic. Andrés Peralta Santamaría, has sido siempre el profesionalista que soñé ser, gracias por existir y darme la vida, te dedico especialmente este trabajo.

A mi añorada Madre María Luisa Saucedo López, aunque tu ausencia duele, me reconforta saber que tus enseñanzas brindadas me han hecho ser lo que soy; no pasa un día, sin que te recuerde en lo más profundo de mi corazón.

Para mis entrañables hermanos Félix Andrés, María Angélica, Ana Luisa, Gloria, Ángel, Andrea, Anel y Lucía, compañeros de mi vida, cómplices, amigos, quienes me han otorgado su amor y lealtad incondicionales en todas las trincheras vividas y de quienes me siento orgulloso, y mis cuñados Guadalupe, Jaime, Paul y Omar por estar al lado de mis seres más preciados.

A mis queridos Tíos, Gloria, Ulises, Juan, Beatriz, Angélica, Cristina, y Ángel de Jesús, copartícipes de mi orientación a la felicidad y a mi crecimiento e impulso como hombre de bien, gracias por todo.

A mis queridos Suegros, Doña Hilda Coria Lasso y Don Manuel Cabrera López, quien con su presencia son muestra de filiación y cariño sincero.

A mis queridos primos, clan de unidad y solidaridad permanente, Patricia, Luis, Laura, Nora, Karina, Cristina, Jorge, Juan, Javier y Mónica, a sus parejas por ser parte integral de todos nosotros.

A mis adorables sobrinos, quienes son el futuro de nuestra gran familia, a ellos especialmente por ser el tesoro más valioso de nuestra sangre, chispa de juventud y entusiasmo.

Al Lic. Juan Antonio Hernández Páramo, por tu amistad y confianza en mí, te agradezco tu invaluable apoyo, mi lealtad siempre estará vigente.

A mis amigos, los que brazo con brazo, me han acompañado en las jornadas claras y oscuras, siempre mi respeto y amistad vitalicia.

A la vida, por darme en cada día, la oportunidad de comenzar de nuevo. Gracias.

"El control y regulación del uso de cannabis en los Estados Unidos Mexicanos y su trascendencia social"

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO PRIMERO

LAS DROGAS, SU CLASIFICACIÓN Y USO EN LOS DISTINTOS ESTRATOS SOCIALES.

- A) Definición.
- B) Clasificación.
- C) Consumo de drogas por estratos sociales.
- D) Las etnias nacionales y el consumo de drogas como acto ceremonial.
- E) El uso de la Cannabis en la medicina.

CAPÍTULO SEGUNDO

REPERCUSIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS Y LAS POLÍTICAS PREVENTIVAS INSTAURADAS.

- A) Tratamiento Constitucional.
- B) Leyes, Reglamentos y Programas.

CAPÍTULO TERCERO

ESQUEMAS DE CONSUMO DE DROGAS A NIVEL INTERNACIONAL.

- A) Estados Unidos
- B) Holanda
- C) España
- D) Colombia

CAPÍTULO CUARTO

EL CONTROL Y REGULACIÓN DE LA CANNABIS EN MÉXICO.

- A) Lucha contra las drogas, Instituciones federales que la encabezan.
- B) Creación del "CECOFISDID" Centro de Control, Fiscalización, y Distribución de Drogas
- D) La trascendencia social.

Introducción.

El ser humano es el único de los seres vivos que investiga, produce, siembra, crea, comercializa y consume drogas, desde que el hombre vive en sociedad, han existido elementos para alterar su conciencia "normal".

Ya sea por rituales religiosos o de creencias en particular, por recreación o adicción, el consumo de drogas ha pasado de generación en generación, trayendo consigo, la comercialización nacional e internacional de todo tipo de sustancias naturales y sintéticas. Que ha dado a este renglón una de las tareas de estudio sobre la propuesta de controlar su consumo. Existen voces que afirman que la legalización del consumo de drogas puede prevenir y apoyar el narcotráfico ilegal, asimismo se considera que precisamente por las fructíferas ganancias económicas que produce la venta de drogas, la mayoría de las políticas antidrogas de los gobiernos se han ocupado de mantener una visión de lucha contra los narcotraficantes y la creación de programas de rehabilitación por consumo de drogas, sin tomar en cuenta que el problema se debe de enfrentar de distintos ángulos. El más importante es legalizar el consumo controlado mediante diversos métodos y estrategias que van desde las más simples hasta de las de gran envergadura.

Desafortunadamente, en nuestro país México, el terrible aumento en el consumo de drogas se ha venido incrementando año con año, actualmente según datos del INEGI el 14% de los niños de entre 10 y 17 años han consumido por lo menos una droga en su vida, empezando por supuesto por inhalantes y marihuana, que son las drogas más económicas y de más facilidad para su obtención.

Se sabe que las drogas de origen natural están siendo desplazadas por los inhalantes y drogas sintéticas o de diseño, en virtud de que estas últimas tienen efectos físicos y psicológicos más potentes y su transporte y comercialización resultan más eficientes.

Nuestra sociedad debe actuar de inmediato para evitar que el destino lleve a nuestros niños y jóvenes a una catástrofe nacional, se debe considerar el tema de las drogas como uno de los pilares primordiales de la agenda nacional ya que depende de su salud física y mental el futuro de nuestra patria.

Las drogas que se consumen en el país son cada vez más sofisticadas, a nivel de cualquier parte del mundo, la globalización de las drogas es una realidad que se debe concientizar de forma madura e inteligente; por años se ha demostrado que la guerra contra los

narcotraficantes nunca ha sido suficiente, por supuesto se deben redoblar esfuerzos y recursos para las dependencias encargadas de esta función, pero principalmente se tiene que legislar para cambiar el rumbo. El único monopolizador comercial de venta de drogas con control debe ser el gobierno, al narcotráfico se le debe continuar desarticulando para evitar que ellos como ahora tengan el comercio ilegal de drogas bajo absoluto control.

El tener alcance a la educación del consumo de drogas, debe ser un requisito indispensable en los planes y programas de estudio desde la educación elemental; debe existir una cultura sobre las consecuencias sociales, de salud, legales y económicas en que puede encontrarse el individuo por el sólo hecho de consumir drogas, considero que el mayor consumo se da por desconocimiento y mala información, y este es resultado de diversos fenómenos sociales, principalmente la pobreza y la desintegración familiar. El resto es simplemente cuestión moral.

Las personas consumidoras de drogas que si tienen acceso a la información sobre los daños y consecuencias en su salud, omiten esta importancia por el simple hecho de la voluntad, el tener la oportunidad de hacerlo sin restricción a pesar de la trascendencia, a fin de cuentas es su propio organismo el único afectado.

Cuando sale del control el consumo y afecta a terceros se extralimita la libertad personal, es entonces donde las instituciones deben atender oportunamente a los perjudicados.

El humano en sociedad quebranta normas morales y sociales que son sancionadas según la idiosincrasia de los pueblos, el estado debe proveer de todos los satisfactores legales para que la convivencia sea ordenada y moderna.

A continuación definiremos y clasificaremos a las drogas para contar con los elementos primordiales del presente análisis.

Capítulo Primero

Las drogas, su clasificación y uso en los distintos estratos sociales.

A) Definición.

Droga.

Es cualquier sustancia que cuando se introduce en el cuerpo altera la estructura o función del organismo. Por lo tanto, es farmacológicamente correcto llamar droga a cualquier sustancia ajena que entra al organismo.¹

Comúnmente se utilizan varias definiciones: Es la sustancia química que afecta a una persona de manera tal que le origina cambios fisiológicos, emocionales o de comportamiento.

Cuando estos cambios actúan particularmente en la mente, pueden dar como resultado alteraciones de estado de ánimo, de percepción o de conciencia.

B) Clasificación.

Grupos básicos de drogas²

Drogas psicotrópicas.- estas drogas alteran la percepción y la conciencia. Abarcan los analgésicos, los depresores, los estimulantes, y los alucinógenos.

Analgésicos.- estas drogas se utilizan para aliviar el dolor en distintos grados sin que el paciente pierda el sentido. Existen variedades estupefacientes y no estupefacientes de analgésicos.

Depresores.- las drogas de este grupo actúan restringiendo la actividad del sistema nervioso central, reducen otras funciones vitales incluidas las funciones reflejas. Los depresores producen calma y sosiego, en dosis adecuadas se utiliza en medicina principalmente como sedantes para inducir al sueño. Los barbitúricos y compuestos afines y los tranquilizantes menores son depresores del sistema nervioso central. Los analgésicos opiáceos actúan también como depresores sobre el sistema nervioso central.

Hipnóticos.- son drogas depresoras del sistema nervioso central que producen sueño. Los barbitúricos, la metacualona, y el hidrato de cloral son drogas hipnóticas. Cabe señalar que numerosas drogas son sedantes e hipnóticas.

Estimulantes.- estas drogas estimulan el sistema nervioso central y aumentan su actividad. Algunas drogas estimulantes tienen usos lícitos, en terapéutica, como supresores del apetito, por razones de control de peso, para el tratamiento de la depresión (sicoestimulantes). Las anfetaminas y la cocaína son drogas estimulantes del sistema nervioso central.

¹ Jerome, Jaffe: Vicios y Drogas, Ed. Harper and Row Latinoamericana, Estados Unidos, 1982.

- Productos derivados de la cannabis (marihuana)

La cannabis (*cannabis sativa*), denominada cáñamo índico, es una planta anual que florece en la mayoría de los climas cálidos y templados y en las zonas tropicales del mundo. La altura de la planta puede variar de uno a tres o más metros. Sus hojas, largas, estrechas, dentadas y en forma de abanico son brillantes y pegajosas y su cara superior está cubierta de filamentos cortos.

Las sumidades floridas y con fruto y las hojas de la planta cannabis contienen cantidades importantes de constituyentes psicoactivos, como el tetrahidrocannabinol. Estas partes que contienen droga pueden separarse de la planta mientras ésta sigue creciendo. Generalmente, solo se venden en el mercado ilícito estas partes de la planta. Los tallos centrales y de la parte principal de la planta son débiles en constituyentes psicoactivos y generalmente producen cannabis de calidad inferior.

Los productos psicoactivos del cannabis son los siguientes:

A) la cannabis (marihuana) constituida por las ramitas, las hojas y las flores secas de las plantas trituradas. La presentación del material de la planta en el mercado ilícito varía de un país y de una región a otra;

B) la resina es una forma más potente de la cannabis. El extracto se obtiene hirviendo en un disolvente el tallo resinoso de la planta o raspando la resina de la planta por diversos métodos. Por lo general, el extracto resinoso se comprime después.

El aceite de hachís es un líquido viscoso oscuro obtenido al someter la cannabis a un proceso repetido de extracción-filtrado.

El hachís o hashis es una resina verde, café oscura o negra que es extraída de la planta cannabis sativa.

El también conocido hash oil es un extracto de la planta cannabis sativa. Este contiene hasta un 30% de THC. El hash oil es una sustancia parecida a la brea y es fumada en pequeñas cantidades en cigarrillos de tabaco o de marihuana o en pequeñas pipas de vidrio.

Diez años de investigación han comprobado que el 60% de consumidores de marihuana utilizan esta droga como puente para el consumo de otras drogas, mientras que el porcentaje restante sólo fuma dicha droga.

³El ingrediente activo de la cannabis es el delta-9-tetrahidrocannabinol o THC. El contenido en THC de la mayoría de los tipos de cannabis oscila entre el 1% y el 5%. El contenido en THC de la resina puede alcanzar el 15% o 20%. El contenido en THC del aceite de hachís puede ser el doble del de la resina.

La mayoría de los países de clima cálido o templado han comunicado el cultivo o tráfico de ilícitos de productos de la planta. La planta de la cannabis se cultiva ilícitamente en gran escala para obtener sus derivados en América del norte y del sur, el caribe, África, y Asia sudoriental.

El nombre y la forma de los productos de la cannabis varían en las distintas partes del mundo. En Asia, por ejemplo, se incluyen la "ganja" el "charas" y el "bhang".

Pese a las muchas diferencias de nomenclatura, los efectos de la cannabis son básicamente los mismos, aunque su intensidad varía según el contenido en THC. En el contexto del consumo típico con fines de recreo, sus efectos incluyen la alteración de la percepción, euforia, relajación, pérdida de las inhibiciones, fragmentación de las ideas, y alteración de la memoria inmediata. Con dosis más elevadas pueden producirse trastornos más agudos de los procesos mentales y, en ocasiones, alucinaciones.

La cannabis suele fumarse en cigarrillos solo o mezclado con tabaco o pasta de coca. En ocasiones se utilizan también pipas, sobre todo para el hachís.

A pesar que a la marihuana se le ha considerado con un producto inofensivo orgánico natural, la planta cannabis sativa es una fábrica química bastante compleja. La droga cruda de la marihuana, es extraída de las hojas secas y las flores de la planta. Contiene 426 químicos. Estos se convierten en 2000 al ser fumados. Más de 70 de esos 426 químicos son llamados cannabinoides y no se encuentran en ninguna otra planta.

Uno de esos cannabinoides es el delta-9-tetrahidrocannabinol, ya mencionado, éste es el activador psíquico o el canabinoide que altera la mente y provoca el estado de intoxicación o estímulo. Como THC se denominan muchos químicos de la clase tetrahidrocannabinol contenidos en la marihuana. Los THC son los químicos que han sido investigados al máximo puesto que son la mayor amenaza para el fumador de marihuana. La potencia del efecto causado por fumar marihuana se determina por la cantidad de THC contenida, entre mayor sea el THC, más fuerte será la intoxicación y lo dañino de esta.

³ Jiménez, Navarro Raúl.: *Materia de Toxicología Forense*, Ed. Porrúa, pp. 97-125. México.

Comentarios sobre la marihuana ⁴

En los párrafos a continuación se encuentran datos históricos y verídicos sobre el importante papel de esta planta en ciertas culturas tales como la china que fue su descubridora o la sociedad moderna occidental.

Ligando colombianos y mexicanos a marihuana pasamos por alto que la planta fue llevada a América por los colonizadores, tras milenios de uso en Asia y África. La experiencia humana con marihuana y hachís proviene de China, del cuarto milenio a.C. donde se encontraron los más antiguos restos de fibra de cáñamo. La religión védica arcaica veneró la planta, denominándola "fuente de vida y de felicidad"; Las tradiciones brahmánicas posteriores consideran que su uso agiliza la mente, otorga salud y concede valor, así como potencia sexual. El budismo vio en ella un auxiliar para la meditación trascendental. La Europa céltica, antes de la conquista romana, tenía grandes extensiones de cáñamo. En la roma imperial, el hachís procedente de Egipto, era usado en fiestas de ricos. Posteriormente, el triunfo del cristianismo eclipsó esta droga. En occidente, a parte de pequeños círculos reducidos como el club des haschischiens, situado en París, el consumo no creció hasta la psicodelia de los años 60.

Hoy en día el cáñamo aun esta fuertemente arraigado en Asia, Asia menor y África. Pero el primer productor mundial son los Estados Unidos. Se estima que hay unos 15 millones de consumidores habituales y muchos más de casuales. En Europa hay unos 10 millones al menos. No es extraño que EU. Sea el mayor productor pues allí se usan técnicas muy avanzadas en la elaboración, en instalaciones, en recursos, en investigación y poseen bancos de semillas con variedades muy interesantes.

⁵Es un contrasentido que una droga como la marihuana, más apaciguadora, menos perjudicial y siendo un narcótico como el alcohol se catalogue como narcótico ilegal. Siendo así, el cáñamo que corre por las calles es de una calidad muy inferior pues la demanda que es netamente superior a la oferta y los intermediarios con ansias de lucro hacen subir el precio de venta muy por encima del de costo y reducen notablemente su calidad para aumentar su beneficio y proveer a un sector mayor de población.

⁴ Díaz, J.L. "Plantas mágicas y sagradas de México", en Psicobiología y conducta, FCE, México, 1989, pp. 10⁴

⁵ Grinspoon, L.: Reconsideración de la Marihuana. México: Ed. Extemporáneos. 1971

Históricamente, la marihuana fue mencionada por primera vez en el año 2500 a. C. En una farmacopea china; no es de sorprenderse que aún en esta relativamente temprana etapa de la civilización, aquellos que consideraban inmoral el placer o la felicidad empezaron a hablar de la planta como la "liberadora del pecado", mientras que otros que la consideraban un eufórico deseable o una medicina aparentemente eficaz para padecimientos tales como la malaria, la constipación, la mencionaban como "la proporcionadora de deleite". En alguna época entre 1500 y 800 a.C., la planta se llegó a utilizar en la India por el efecto que tenía de causar alteraciones mentales; fue utilizada principalmente con propósitos médicos y religiosos. Los hindús llegaron a mencionar a dicha droga como "guía celestial" o "alivianadora del dolor". En el periodo de los vedas se consideraba sagrada y se consideraba sagrada y se describía como un pasto santo. Una leyenda dice que el ángel guardián de la humanidad vive en las hojas de la planta y otro relato describe a la planta como proveniente del néctar caído del cielo a la tierra.

El uso de la marihuana se extendió por todo el subcontinente indio y por otras partes de Asia. Probablemente se desarrolló independientemente en África y en América del sur. Marco Polo la llevó a Europa, aunque esta puede no haber sido la primera vez que se introdujo en ese continente, ya que Herodoto habla en sus escritos que los Escitas quemaban semillas de cáñamo, inhalaban el humo y "gritaban de alegría", pudo tratarse de la marihuana traída de Asia o del Oriente medio.

⁶Existe una gran confusión respecto a la marihuana. En los años 50s, empezaron a circular historias acerca de los efectos de esta droga, incluyendo cuentos de violencia, amnesia y delitos sexuales. Cuando los científicos empezaron a encontrar poca evidencia para confirmar dichas historias, muchas personas comenzaron a rechazar cualquier reporte acerca de los malos efectos de la marihuana. El mito de los años cincuenta de que la marihuana era un mar de locuras, fue reemplazado con el mito de los años setentas de que era inofensiva. Durante los años sesentas y setentas, la marihuana era concebida por muchas personas como algo seguro y no adictivo. Muchos adolescentes discutían que el fumar marihuana era menos dañino que fumar tabaco o beber alcohol, y había pocos estudios para debatir estas afirmaciones. Gradualmente, al amparo de la ignorancia de los efectos peligrosos de la marihuana, su uso se expandió principalmente por los Estados Unidos de Norte América. La música popular, películas y espectáculos de la televisión mostraban a la marihuana como algo socialmente aceptable.

⁶ Dornbierer, Manú: La otra Guerra de las Drogas, Historia y Testimonios de un Negocio Político. Ed. Grijalbo, 1991.

En los años ochenta, más del 60% de los adolescentes norteamericanos habían experimentado con la marihuana. A pesar de la extensa diseminación del mito de que era una droga inofensiva, un gran número de norteamericanos reconoció los efectos dañinos de esta droga. Actualmente, la mayoría de los investigadores concuerdan en que la marihuana llega a ser adictiva y afecta a sus usuarios mental, emocional y físicamente.

Si bien la marihuana no produce dependencia física, ni síndrome de abstinencia, sí puede crear una fuerte dependencia psicológica. La marihuana tampoco provoca tolerancia y los casos de sobredosis son extremadamente raros. Sin embargo existen varios peligros en el abuso de la marihuana, aún las dosis pequeñas pueden provocar reacciones inesperadas con estados de ánimo incontrolables, sobre todo si se mezcla con alguna otra droga. Las dosis elevadas pueden producir conducta impulsiva, ansiedad, alucinaciones, pánico e incluso dar lugar a reacciones psicóticas. La marihuana puede desarrollar enfermedades mentales latentes. El uso continuo produce, además de un hábito difícil de romper, estados crónicos de apatía y desinterés con una disminución de la motivación, descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales.

- Efectos de los cannabinoides en las células⁷

Todos los cannabinoides tienen un importante factor en común, reaccionan con todos los tipos de células vivas interfiriendo con su habilidad para producir macromoléculas.

Las macromoléculas contienen las sustancias requeridas para la adecuada división de células, lo cual es necesario para la continuación del funcionamiento del cuerpo humano. Estas sustancias son el ADN, ARN, y proteínas. El ADN es el químico básico contenido en el núcleo de todas las células y es el que lleva el código genético de la herencia.

Todos los cannabinoides son solubles a la grasa. Esto quiere decir que no se mezclan con agua pero sí con grasa. El cuerpo es rico en grasa y contiene algunos materiales grasos que son llamados lípidos. El cerebro, los pulmones, y los órganos sexuales están cargados de lípidos. Cada célula de nuestro cuerpo está cubierta por una membrana grasosa lo que hace que el volumen de grasa que solo esto representa sea muy considerable.

Una vez que los cannabinoides se almacenan en los tejidos grasos del cuerpo, son desechados lentamente por el torrente sanguíneo. Los cannabinoides⁸ se asemejan al DDT ya que ambos se

⁷ Jun, J.W.: Drug Enforcement Administration Analytical Manual, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1974.

acumulan al tejido graso. La vida del medio THC es de 3 a 7 días. (La mitad de la vida es el tiempo que toma el cuerpo para descansar y deshacer la mitad de las drogas consumidas). El resto es desechado por el torrente sanguíneo y puede ser encontrado en la orina de 7 a 10 días después de haber fumado un cigarrillo de marihuana.

- Los efectos del consumo de marihuana en el cuerpo.⁹

Cerebro: la marihuana cambia la química del cerebro. Puede afectar el pensamiento, la capacidad de aprendizaje y la memoria. También provoca pánico, ansiedad, regresiones y psicosis, dependiendo de la potencia de la droga y de la susceptibilidad del usuario. El uso durante largos períodos puede causar daños en los tejidos.

Pulmones: el humo de la marihuana produce todos los efectos dañinos que son producidos por un tabaco. Un 50% más de los químicos cancerosos como el benzopyreno y el benzotrthaceno, son encontrados en el humo de la marihuana. También reduce la capacidad de los pulmones para defenderse contra infecciones. Otras enfermedades relacionadas con la marihuana son: la bronquitis, la faringitis, y la sinusitis. La marihuana causa más obstrucción que el humo del tabaco en las principales vías respiratorias, tal como el tracto respiratorio superior.

Corazón: la marihuana incrementa las palpitaciones del corazón en más de un 50%, el fumarla puede ser especialmente peligroso para las personas con problemas cardiacos.

Sistema reproductor masculino: disminuye el nivel de testosterona (la principal hormona masculina). El uso prolongado e intensivo puede alterar las hormonas masculinas al grado que puede causar deficiencias en el desarrollo de la pubertad de los adolescentes. El uso excesivo puede ocasionar disminución en el número y movilidad de los espermatozoides e incrementar anomalías en ellos.

Sistema reproductor femenino: los químicos de la marihuana son absorbidos en los órganos del sistema reproductor femenino. Los cambios de las señales del cerebro pueden inducir al deterioro de las ovulaciones y disminución de la fertilidad. Estos químicos pueden ser tóxicos para el feto en desarrollo, se pueden incrementar las posibilidades de aborto, dando como resultado niños que nacen muertos o muertes postnatales. Una característica del feto afectado por la marihuana su bajo peso al nacer. Las anomalías en su desarrollo son 5 veces más que en el feto afectado por el alcohol. Los químicos de la marihuana son transmitidos por la madre al bebé a través de la leche, cuando es amamantado.

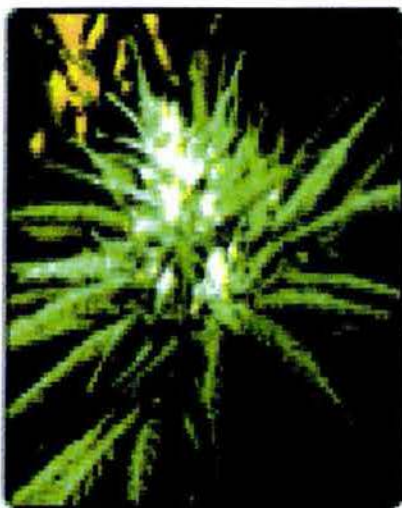
⁸ Stearn, W.T.: The Cannabis Plan: Botanical Characteristics. En, Joyce C.R.B. y Curry, S.H.: The Botanic and Chemistry of Cannabis, London, JA. Churchill, 1970.

⁹ Materazzi, Miguel Angel, Drogadependencia, Ed. Paídos, pp. 202-203, Argentina, 1985.

Habilidad motora: la marihuana puede interferir con el manejo y otras habilidades que requieren una coordinación física y mental. La marihuana retrasa la respuesta de la persona a estímulos visuales y auditivos. También puede ser afectada la habilidad para ejecutar labores en secuencia y la percepción de la profundidad o distancia. Los usuarios tienden a caminar, hablar, y a sentarse de una manera peculiar o desacostumbrada. La marihuana reduce la habilidad motora que es necesaria para conducir sin peligro.

Nombres populares de la marihuana

Mota, café, gripa, hierba, la verde, juanita, mostaza, mora, toque, moronga, de la buena, cannabis, pasto, Mari, diosa verde, hierbabuena, mariquita, yesca, gras, goleen, may jane, oro verde, hoja verde, pepita verde, hierba santa, zacate, margarita, guato, petate, patas de Satanás, bacha, pastura, the, etc.



Planta de la Cannabis

Conclusiones.

Sólo durante los últimos años se han descubierto los cambios que se generan en el sistema reproductivo por el uso de esta droga. Aunque todavía quedan algunas preguntas que no han sido resueltas, algunas conclusiones pueden ser mencionadas:

- 1.- El THC de la marihuana puede inhibir las hormonas que controlan el desarrollo, la fertilidad y el funcionamiento sexual.

2.- Las mujeres que desean embarazarse o ya lo estén, no deben fumar marihuana.

3.- Individuos con problemas de fertilidad o disfunciones sexuales, deben, rechazar la marihuana

4. Durante la adolescencia y la pubertad los mecanismos endocrinos que están encargados de la fertilidad, están en pleno funcionamiento y esta droga puede afectarles.

Sin embargo, y a pesar de los posibles daños a la salud que el consumo de la cannabis pudiera ocasionar, es importante recalcar que no existen reportes de muertes ocasionadas por el uso de cannabis, ni enfermedades que ocasione en forma irreversible, como si lo es el abuso del alcohol y tabaco.

La comúnmente llamada marihuana, además de ser utilizada como droga recreativa, puede ser materia prima para la fabricación de fibras para la fabricación de textiles, papel de todos tipos, y combustible entre otros.

Un adecuado uso puede bien sustituir de forma considerable la tala de árboles que hoy causa gran deforestación en amplias zonas de México, mismas que ocasionan la erosión del suelo y por ende la pérdida de fauna y flora silvestre, independientemente del daño global al medio ambiente.

El uso del cannabis, no debe considerarse de ninguna forma como sinónimo de inconciencia e irresponsabilidad, sino al contrario, un medio alternativo para producir ingresos estatales que pueden apoyar significativamente en los presupuestos para la lucha y tratamiento contra las adicciones, comenzando fundamentalmente en la educación para la salud.

- Cocaína¹⁰

Es un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta de la coca que se cultiva en Perú, Bolivia y ahora en más lugares de países montañosos. La cocaína es un fuerte estimulante del sistema nervioso, con propiedades de alteración mental y aumento de energía semejante al de las anfetaminas. En la antigüedad, en las civilizaciones incas, los sacerdotes usaban las hojas para inducir a trances y visiones, pero el uso popular estaba prohibido. Después los trabajadores de las aldeas masticaban hojas de coca para compensar la falta de oxígeno, característica de grandes altitudes, y también para aumentar la temperatura del cuerpo, anestesiarse el dolor, y

¹⁰ Jiménez, Navarro Raúl Dr., *Materia de Toxicología Forense*, Ed. Porrúa, pp. 105-139, México.

quitar el hambre y la fatiga. Las hojas de coca contienen solamente una pequeña cantidad de droga, pero la extracción y purificación de la cocaína, produce una nueva y poderosa sustancia.

- Derivados de la hoja de la planta de coca.

Hidroclorato de cocaína: el uso desmedido de la cocaína ocurrió en los estados unidos a fines del año 1800; al concluir el siglo, la cocaína estaba establecida con aceptación en la población como un estimulante placentero y no peligroso.

El uso de la cocaína empezó en el estrato de la sociedad que incluía a los músicos, actores, y otros artistas. De ahí pasó a las actividades más sofisticadas, agencias de publicidad, medios de comunicación, cine, finanzas, alta tecnología, deportes, altos estratos de la política, y hasta corporaciones policíacas.

Aunque la cocaína empezó como la droga de los ricos y famosos, ahora es consumida en todos los niveles socio-económicos. La usan tanto niños, como adolescentes y adultos, estudiantes como ejecutivos y obreros. La cocaína es la droga preferida de millones de personas y su nivel de adicción es sumamente alto.

Las personas que consumen cocaína suelen mantener en secreto su hábito, pero a medida que su uso es prolongado surgen señales físicas muy obvias. Estas señales pueden ser: la pérdida de peso, apariencia descuidada, sudoración excesiva en manos y axilas, catarro crónico, boca seca, y frecuentes infecciones en las vías respiratorias. Cuando la cocaína entra en el cuerpo, la persona permanece despierta hasta más de 15 horas, según la cantidad inhalada, después de su parcial eliminación, la persona duerme por extensos períodos de tiempo.

La cocaína se convierte en una obsesión que puede superar cualquier cosa, inhibe el apetito. Los usuarios pueden escuchar voces, se sienten deprimidos, actúan repetitivamente, de forma compulsiva, y tienen cambios abruptos de estado de ánimo. Los consumidores de cocaína tienden a ser ansiosos, impacientes, nerviosos, extremadamente irritables y agresivos.

- Efectos de la cocaína en el cuerpo humano:¹¹

Como otros estimulantes poderosos, la cocaína tiene efecto directamente sobre las células nerviosas que están localizadas en el cerebro. Cuando nosotros realizamos algo placentero como el tener una buena cena o al recibir un halago existen señales en el cerebro que

¹¹ Snyder, Solomon H, *Drogas y Cerebro*, Biblioteca Scientific American, Ed. Prensa Científica, 1995, España.

estimulan a las células nerviosas, esta señal es transmitida por una sustancia llamada dopamina que funciona como neurotransmisor. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos que llevan la información de célula a célula. Cuando la dopamina completa su viaje entre las terminaciones nerviosas es recuperada de nuevo por la célula emisora para que ahí espere la próxima señal. La cocaína interrumpe este proceso de recuperación, permitiendo un flujo constante de dopamina entre las células. Esto provoca el típico efecto de euforia en la cocaína. El uso continuo de la cocaína puede agotar las reservas de dopamina en las células cerebrales. Esto causa el "crash" o depresión que los usuarios experimentan al final de cada sesión. Esto también puede duplicar la necesidad física de la cocaína.

- El tabaco¹²

Antecedentes

El tabaco (*nicotina tabacum*) es una planta originaria de América cuyo uso se ha extendido universalmente, en especial en el curso de este siglo.

Durante el periodo precolombino el tabaco fue utilizado con fines religiosos, como un medio de reafirmar el poder espiritual. En 1518, luego del descubrimiento de América, el tabaco fue llevado a España y de ahí su uso se extendió a toda Europa, hasta hacerse generalizado a fines del siglo XIX.

El tabaquismo moderno adquirió fuerza entre los años treinta y los cincuenta. Con la segunda guerra mundial las mujeres ingresaron al medio laboral, se desarrollaron los medios masivos de comunicación y se conformaron los consorcios internacionales del tabaco, dando como resultado el fenómeno llamado tabaquismo epidémico. En este periodo, la mayoría de las personas fumaban: los antiguos escrúpulos habían desaparecido. Se pensaba que fumar era un hábito inocente, una conducta poco adictiva pero no mucho, que no era lo más saludable para el aparato respiratorio, pero tampoco representaba un riesgo terrible.

Así, quinientos años después del encuentro de las culturas americana y europea, el desarrollo del consumo "hedonístico del tabaco" lo ha transformado en uno de los productos de consumo más lucrativos debido a factores de orden social, cultural y comercial. El tabaquismo se ha convertido en un fenómeno de grandes proporciones que ha tomado por sorpresa a la humanidad de este siglo, dada la fuerte adictividad que produce la nicotina y los efectos nocivos que tiene sobre la salud.

¹² Jiménez, Navarro Raúl Dr., *Materia de Toxicología Forense*, Ed. Porrúa, pp. 105-139, México.

Sus repercusiones físicas.

La nicotina es la responsable del bienestar psicológico, de la dependencia física y de los fenómenos asociados de tolerancia y habituación. Además de la nicotina, en el humo del tabaco ¹³se han identificado más de tres mil compuestos diferentes, de los cuales los más importantes son:

- Alquitranes, en los cuales se han encontrado 47 sustancias carcinógenas.
- Monóxido de carbono, que produce hipoxia tisular y se relaciona con la aterosclerosis, uno de los principales factores que desencadenan infartos en el miocardio.

Son muchos más los daños a la salud con que se encuentra relacionado el consumo del tabaco. Se han acumulado pruebas experimentales, epidemiológicas y clínicas que apoyan la asociación entre tabaquismo y morbimortalidad. La relación de la mortalidad para adultos fumadores contra adultos no fumadores, es de casi uno a siete. Esta relación aumenta con la cantidad fumada y es directamente proporcional a la duración del tabaquismo. En suma, los efectos del tabaquismo sobre la esperanza de vida dan por resultado que ésta disminuya de manera significativa. Además de influir en la mortalidad, el tabaquismo es causa de mayor morbilidad. Tanto en hombres como en mujeres fumadores se reportan más afecciones agudas y crónicas, así como diversas enfermedades relacionadas con las alteraciones en vías respiratorias, entre ellas enfisema pulmonar la cual trae consigo consecuencias muy graves en el aparato respiratorio por ser una enfermedad irreversible, progresiva e incapacitante.

Otra causa importante en la mortalidad es el cáncer pulmonar. Se estima que en el 90% de los casos este tipo de cáncer está relacionado con el consumo del tabaco. Otros tipos de cáncer que se presentan asociados al tabaquismo son:

- De laringe
- Boca
- Esófago
- Vejiga
- Páncreas

¹³ Jiménez Navarro, R.: Aspectos Sociales y Epidemiológicos de la Farmacodependencia en México. *Criminalia*, 40: pp. 115-126, México, 1984

c) Consumo de drogas por estratos sociales.¹⁴

La epidemiología constituye un instrumento fundamental para el estudio de la magnitud, distribución y etiología del consumo de sustancias psicoactivas, permitiendo conocer el comportamiento del problema en el tiempo y el espacio, identificar grupos de riesgo y orientar la toma de decisiones para el desarrollo de medidas preventivas y de control.¹⁵

En México, diversos organismos generan de manera más o menos permanente información epidemiológica del consumo de drogas. En algunos casos los estudios son de carácter nacional, mientras que en otros tienen un alcance regional o local. Se han realizado, además, con población general o con poblaciones específicas.

Entre las fuentes de información epidemiológica existentes en México en materia de adicciones se cuentan:

- La Encuesta Nacional de Adicciones, levantada en hogares en 1988, 1993 y 1998, por la Secretaría de Salud.
- La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar (estudiantes de educación media básica y media superior), cuya última aplicación en el nivel nacional data de 1991, aunque se dispone de información más reciente correspondiente a la ciudad de México. Esta encuesta es conducida por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud.
- El Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ, a cargo de la Subdirección de Investigación de CIJ y cuyos resultados se integran de manera anual.

Con base en estas y otras fuentes puede señalarse que el consumo de sustancias psicoactivas en México ha adquirido en los años recientes, no sólo una mayor magnitud sino también perfiles cada vez más complejos

La Encuesta Nacional de Adicciones¹⁶ de 1998 indica que el 5.3% de la población entre 12 y 65 años de edad, residente en localidades urbanas (2.5 millones de mexicanos), había consumido alguna droga alguna vez en la vida (excluyendo alcohol, tabaco y sustancias con utilidad

¹⁴ Garza, Fidel y Armando Vega: *La Juventud y las Drogas*, Ed. Trillas, pp. 112-154, México, 1983.

¹⁵ Informe de un grupo científico de la Organización Mundial de la Salud, *El uso de la cannabis y otras drogas*. OMS-ONU Informe Técnico, pp. 478-499, 1992

¹⁶ Encuesta Nacional de Adicciones, realizada por el INEGI, Comité de Salud, México, 1998.

médica). Esta prevalencia supone un incremento de 1.4 puntos porcentuales en relación con la registrada en 1993 (3.9%).

¹⁷Las drogas con mayores tasas de consumo en México son la marihuana, los Inhalables y la Cocaína. Así mismo, existe evidencia de importantes cambios en la forma del problema, que reflejan un probable proceso de transición epidemiológica de las adicciones, dentro del cual destaca una clara tendencia creciente del consumo de Cocaína, una disminución del uso de Inhalables entre estudiantes y usuarios captados en tratamiento y el aumento y paulatina diseminación del consumo de sustancias como la heroína y la metanfetamina.

¹⁸La epidemiología constituye un instrumento fundamental para el estudio de la magnitud, distribución y etiología del consumo de sustancias psicoactivas, permitiendo conocer el comportamiento del problema en el tiempo y el espacio, identificar grupos de riesgo y orientar la toma de decisiones para el desarrollo de medidas preventivas y de control.

Las investigaciones psicosociales de CIJ persiguen contribuir a la identificación y análisis de factores protectores y de riesgo del consumo de drogas, a través del estudio de correlatos psicosociales del uso de drogas en la población objetivo de sus programas preventivos y de tratamiento.

Entre la población juvenil se han estudiado factores tales como: cohesión, adaptabilidad y disfuncionalidad familiares; ansiedad y depresión; estrés y "estrategias de afrontamiento" del mismo; habilidades para la interacción interpersonal; adherencia escolar; trastornos de conducta; uso del tiempo libre; redes sociales y percepción de riesgo y de la accesibilidad de sustancias.

Entre personal educativo se han estudiado diversos aspectos cognitivos, actitudinales y afectivos relacionados con el enfrentamiento del uso de sustancias ilícitas en el medio escolar.

La Encuesta Nacional de Adicciones, levantada por la Secretaría de Salud en 1988, 1993 y 1998, es una encuesta de prevalencia aplicada en hogares con muestras representativas de la población entre 12 y 65 años de edad, residente en 2,500 o más habitantes. La información que provee la encuesta de 1998 tiene validez para la República Mexicana en general, para las tres principales áreas metropolitanas del país (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey), tres ciudades fronterizas (Tijuana, Ciudad Juárez y Matamoros) y tres regiones que agrupan al resto de las ciudades del país:

¹⁷ González-Carrero, Alfredo, *Drogas que producen dependencia*, Monte Avila, Caracas, 1973.

¹⁸ Cárdenas Ojeda, C: *Toxicomanía y Narcotráfico. Aspectos Legales*. México: Fondo de Cultura Económica, 1974.

¹⁹Si bien la Encuesta Nacional de Adicciones representa la fuente de información más confiable para determinar la magnitud y distribución del uso de drogas (prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, sustancias de uso médico y drogas ilegales) entre la población mexicana en general, no contemplan los grupos poblacionales residentes en localidades rurales, que se hallan sujetos a alguna forma de reclusión o en situaciones extraordinarias (centros de readaptación social, hospitales psiquiátricos, casas hogar, "niños de la calle", etc.).

Estructura Familiar y Consumo de Drogas entre Familias Atendidas en el Servicio de Terapia Familiar de Centros de Integración Juvenil²⁰

El objetivo de este estudio fue explorar algunas características estructurales de las familias asistentes a tratamiento en CIJ, a partir de una muestra no probabilística de documentación diagnóstica de 294 familias con problemas de consumo de drogas entre alguno de sus miembros y atendidas en terapia familiar durante el último trimestre de 1997.

En primer lugar, se detectó una mayor afluencia de familias que cursaban por las etapas del ciclo de vida familiar de adolescencia (34%) y "despegue" (18%), así como una alta proporción de familias nucleares (50.3%).

El consumo de drogas afectó con mayor frecuencia a hijos primogénitos (41.1%), mientras que las relaciones del paciente identificado (PI) con la madre y el padre aparecieron mediadas predominantemente por límites difusos (67.8% y 64%, respectivamente); en el subsistema fraterno predominaron relaciones de "alianza" (50.7%).

En el 37.8% de los casos la madre mantenía un vínculo de sobreinvolucración con el PI, mientras que el conflicto caracterizó tanto la relación entre éste último y el padre (59.5%) como las relaciones al interior del subsistema conyugal (78.4%). Así mismo, en cerca de la mitad de los casos se identificó la presencia de padres periféricos (50.5%) y rigidez de ajuste ante el cambio (56.5%).

Comparadas con las familias desligadas, las familias clasificadas como aglutinadas presentaron en una proporción significativamente más alta la existencia de sobreinvolucración materna (49.3%) y de límites difusos en la relación de la madre con el PI (73.3%). En cambio, entre las familias desligadas la relación de la madre y el PI se evaluó más frecuentemente como conflictiva (41.2%) o de alianza (31.6%). Así mismo, entre las familias aglutinadas resultó más

¹⁹ Encuesta Nacional de Adicciones, realizada por el INEGI, Comité de Salud, México, 1998.

²⁰ Encuesta Nacional de Adicciones, realizada por el INEGI, Comité de Salud, México, 1998.

frecuente la rigidez ante el cambio (64.2%), mientras que entre las desligadas prevaleció una mayor flexibilidad (64.8%).

La magnitud, trascendencia e impacto del consumo de drogas en México exigen que los programas dirigidos a su atención y control tengan fundamento en información objetiva y actualizada acerca del problema y de la eficacia de las medidas adoptadas para su resolución.

En este contexto, Centros de Integración Juvenil (CIJ) realiza diversos estudios epidemiológicos, clínicos y psicosociales del consumo de drogas entre la población objetivo de sus programas de atención.

Así mismo, ha integrado información epidemiológica proveniente de diversas fuentes y desarrolla un programa permanente de evaluación cualitativa de sus programas y servicios.

Los hallazgos de estos estudios pueden, sin duda, resultar del interés del público general, estudiantes y especialistas involucrados en la investigación y en la atención de las adicciones.

d) Las etnias nacionales y el consumo de drogas como acto ceremonial.

Las plantas prehispánicas sagradas, adivinatorias y curativas son de diferentes especies y provocan diversas reacciones: alucinógenos (peyote y hongos), inductores de trance (ololihqui), cognodislépticos (marihuana, introducida en la Colonia) y delirógenos (toloache y tabaco).²¹

El uso respetuoso de las plantas tiene un fin común completamente ritual y curativo, nunca comercial, negativo o degradante. Quizás el rescate y difusión del conocimiento primario de ellas pueda rectificar las acciones de su uso futuro.

²¹ The Peyote Cult, The Shoestring Press, Hampden, Conn., 1974



Un personaje que consume hongos aparece acompañado por Mictlantecuhtli, dios de la muerte. Códice Magliabechiano, f. 90r. Reprografía: Marco Antonio Pacheco / Raíces

El toloache o yerba del diablo²²

Los indios del Norte de México y el sur de Estados Unidos utilizaban la datura o toloache, ya fuera como medicina y medio para diagnosticar enfermedades y tener visiones, como amuleto para ganar apuestas, auxiliaren la cacería o en las ceremonias iniciáticas de los jóvenes de ambos sexos.

²² Plantas de los dioses. Orígenes del uso de los alucinógenos, Richard Evans Schultze y Albert Hoffman, FCE, México, 1982, 192 pp.



El toloache (*Datura stramonium*) o yerba del diablo era considerado como una guía al mundo espiritual, y era utilizado por los chamanes para trascender la realidad y entrar al ámbito de lo sagrado y sobrenatural

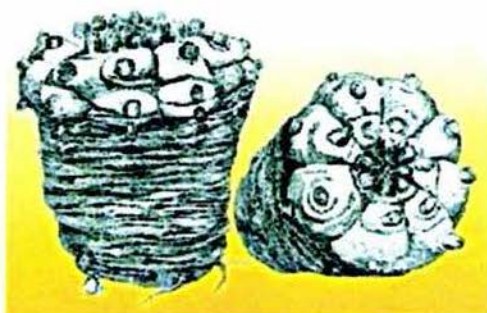
²³Es sabido que el uso de sustancias enervantes y alucinógenas ha sido un elemento vital para la celebración de ceremonias religiosas prehispánicas, ya que desde hace más de 500 años su consumo continúa hasta nuestros días, dando a los seguidores de esa fe, un concepto distinto de la percepción de la vida y el universo.

Una de las etnias más representativas, que en forma sagrada ingiere una droga alucinógena, es la Huichol.

México es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con una de las experiencias más largas en materia de investigación del uso de sustancias adictivas, en especial de la población estudiantil.²⁴

²³ Martínez, Máximo: *Las Plantas Medicinales de México*, Ed. Botas, México, 1979.

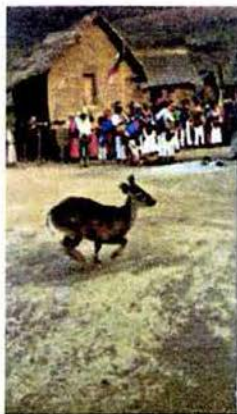
²⁴ Museo Nacional de Antropología Ciudad de México



Dibujo del peyote

Hay además en la religiosidad del México indígena una devota relación con ciertas plantas narcóticas. Estas plantas piensan, hablan, enseñan, se comunican. Tienen "alma". No pueden estar al servicio de caprichos o aventuras psíquicas de los hombres. Son guías, puertas sagradas que se reverencian y cumplen con la misión de curar y de ayudar al crecimiento espiritual que los pueblos indígenas necesitan para cooperar en la conservación de la vida, en la conservación del mundo.

El tabaco es una de ellas. Para algunos mayas el humo del tabaco hace recordar al hombre sabio, ayuda a que los pensamientos profundos salgan a la luz; por ello lo fuman en ceremonias de curación. Otros mayas lo trituran, lo mezclan con ciertas sustancias y lo mastican; saben que así establecen un contacto permanente con el mundo invisible y que podrán resistir largas



caminatas y
atravesar
selvas,
montañas,
lugares
desolados o
peligrosos.
Entre los
mazatecos de
Oaxaca, los
hongos
alucinógenos



son la divinidad

²⁵Otra planta sagrada es la marihuana. Son múltiples sus sentidos y empleo. Entre los tepehuas de Veracruz se le llama Santa Rosa y es considerada madre del maíz; aunque fue su madre, abandona al niño maíz, que se convertirá en dueño de las entidades de la lluvia y del trueno, es amo de las serpientes de la tierra y de la lluvia y protector de su madre misma; aquí el niño maíz tiene por padre a una entidad que se transforma en venado.

También el peyote es sagrado. Su devoción se extiende fuera de la órbita milenaria de Mesoamérica, en el norte y occidente de México, en particular, entre dos pueblos emparentados: los Tarahumaras y los huicholes. Los Tarahumaras lo consideran hermano de Dios y cuentan que cuando se fortaleció el alma del hombre recién creado, éste caminó a Umarique, lugar por donde sale el sol, y se encontró con el peyote o Hikuri que ahí habitaba. "Por el alma fuerte del Tarahumara", dicen. Este fortalecimiento es esencial en la formación del sacerdote indígena, para que un Tarahumara llegue a convertirse en Sipame o un huichol en mara'akame. Estamos ante una experiencia interior que no puede ser comprendida con otra mentalidad religiosa.

Porque toda religión supone caminos espirituales para el surgimiento de vocaciones sacerdotales. Si despojáramos de sus valores culturales al fraile agustino o franciscano, al jesuita o el metodista, al monje budista o al rabino, sus ayunos, confesiones, sueños, martirios, vocaciones, luchas interiores, atavíos, unciones, certidumbres de haber sido llamados para un destino u otro, no significarían nada más que ingenuidad, superstición o delirio. Paralelamente, si descalificáramos el universo cultural, que es profundo y complejo, de los grandes sacerdotes Tarahumaras o huicholes, su sabiduría interior podría ser solamente tenida por ensueño o engaño.

Los huicholes tienen una capacidad de resistencia infinita, su identidad como pueblo no pudo ser quebrada por el largo reinado de España ni por el orden y el progreso del porfirismo, ni la antropología ni la fuerza que vino después de la Revolución Mexicana pudieron borrar sus señas de identidad; ni el catolicismo con todo su vigor pudo transformarlos, a lo mas que se llegó fue a que surgiera el sincretismo religioso. Es cierto que al igual que los indios de Norteamérica los tenemos arrinconados en zona de refugio, que los tenemos marginados, pero estamos seguros que la rebelión indígena de Chiapas 94 traerá buenas cosas para todos los indígenas del país. La globalización se ha sentido mucho en México con consecuencias graves para campesinos, trabajadores, pequeños empresarios e indígenas, sobre el modo de vida de estos últimos queremos decir lo siguiente, los indígenas tomarán Coca pero no dejarán de beber tesguino, bebida de maíz fermentado que produce el mismo efecto que el whisky, comerán hot dogs y hamburguesas pero no dejarán de consumir maíz.

²⁵ Baudelaire, Carlos: Los paraísos artificiales. Ediciones del Mediodía, Buenos Aires, 1966.

Así los Huicholes como diversas étnias nacionales tienen su mitología, entre otros mitos cuentan, el de El Diluvio Universal, el del nacimiento del maíz, el mito sobre el control de la natalidad, su viaje mítico a la tierra sagrada del peyote, su convicción de que de no cumplir con sus ritos el castigo caerá sobre ellos y sobre el mundo, al igual que los católicos en la eucaristía, ellos también se funden con su Dios al ingerir el peyote, el divino luminoso, el de los huicholes es un reencuentro con sus dioses. Toda su mitología compuesta de dioses como el venado, el peyote o el maíz o el maracame, el sacerdote que habla con los dioses, que canta y que cura, todo ello aparece en los objetos artísticos de los huicholes, son recreados por su mano maestra.

E) El uso del cannabis en la medicina.

En virtud de lo expuesto en temas anteriores, parece incongruente que con la cantidad de información que se tiene y los tiempos modernos en los que se supone hemos evolucionado como sociedad, para muchas personas, la idea de utilizar sustancias ilegales para el tratamiento de enfermedades consideradas como graves, sigue siendo un tabú inviolable que sólo acepta la crítica destructiva y la infértil viabilidad del hecho

Schouten (1966), lo dijo claramente: "Es importante entender por completo que la legalidad e ilegalidad no se encuentran asentadas sobre comparaciones científicas. La diferencia entre drogas legales e ilegales ha crecido históricamente y encontrado de esa manera llegar a irracionalmente quedar inscrita en acuerdos internacionales." Este punto de vista de la situación nos hará ver que será una tarea difícil obtener una evaluación objetiva de la marihuana como medicamento.

En realidad la marihuana ha sido usada por miles de años debido a sus muy conocidas propiedades médicas. Un resumen de estas cualidades se encuentra disponible en el libro "La Marihuana: El Medicamento Prohibido" (Grinspoon, 1993), el cual lista los siguientes desordenes clínicos en los cuales se ha comprobado que la marihuana es útil:²⁶

- La náusea como resultado de la quimioterapia en los pacientes de Cáncer
- Glaucoma
- Epilepsia
- Esclerosis Múltiple
- Paraplejia y Tetraplejia

²⁶ Grinspoon: La Marihuana: El Medicamento Prohibido, Ed. Extemporáneos, 1993

- SIDA
- Dolor Crónico
- Migraña
- Fiebre
- Dolores Menstruales y de Parto
- Depresión y otros Desordenes Emocionales

Una lista muy larga, y esta proviene únicamente del trabajo de Grinspoon. Este resumen le da a uno rápidamente la idea de que uno está tratando con algún tipo de "cura milagrosa". Grinspoon, de hecho, hace mucho uso de estudios y material anecdótico. Sin embargo, las situaciones clínicas para las cuales existe un acuerdo general de beneficios médicos de la marihuana incluyen la náusea resultado de la quimioterapia del cáncer, glaucoma, SIDA, asma y esclerosis múltiple (The Lancet, 1995).

Un medicamento es usualmente un solo material el cual cualquier investigador puede conseguir fácilmente. Actualmente, es difícil encajar a la marihuana en esta categoría, pero es muy posible tomar un producto combinado, como las hierbas de Cannabis (es decir, la marihuana), e identificar a las partes constituyentes, para que estas puedan ser registradas como medicamentos. Ese particular producto debe ser bien especificado. Dentro de la farmacopea Europea, se describen técnicas específicas, con normas estrechamente reglamentadas. La mayoría de la investigación usada en el estudio del consejo emplea a un tetrahidrocannabinol (THC) sintético.

También es posible aislar al ingrediente activo natural y reglamentar la administración por vía de cápsulas, o como tintura. Al mismo tiempo, los Países Bajos son al momento la primera autoridad en horticultura, especialmente cuando se emplea el control de temperatura ambiental. Es así que nos encontramos en condiciones para poder cultivar plantas de tal manera que es apropiado hablar de normas de calidad.

Existe un camino específico establecido para probar los medicamentos nuevos. Antes de que se pueda obtener conocimiento completo acerca de un medicamento, el sistema exige que el medicamento sea probado en varias fases. Las cuatro fases son las siguientes:

Fase 1.

Investigación clínica de una duración aproximada de entre uno o dos años

Son estudiados los riesgos de salud en los humanos y el desarrollo de la tolerancia en los sujetos. Se deben hacer estudios farmacocinéticos para averiguar que repercusiones tiene la sustancia administrada en el organismo.

Fase 2.

Investigación clínica que dura aproximadamente dos años

Por primera vez, la sustancia es administrada a pacientes verdaderos. Los resultados deben apoyar las aseveraciones acerca de los efectos médicos en casos clínicos específicos. Se llevan a cabo estudios sobre la captación del medicamento, distribución, efectos metabólicos, y excreción de la materia en cuestión.

Fase 3.

Investigación clínica; de uno a dos años de duración

Se investiga unos mil pacientes, haciéndose referencia a un grupo de control para así demostrar que un verdadero efecto clínico si existe. Debido al tamaño del grupo de prueba, se podrán detectar efectos secundarios que tal vez no fue posible identificar anteriormente.

Fase 4.

Luego de que el medicamento ha sido llevado al mercado, comienza la investigación de seguimiento al producto. En principio, este proceso es continuo y de duración indefinida.

Este es un esquema que puede ser completado en forma muy fácil por una sustancia como la marihuana. Durante años, grupos han estado llevando a cabo investigación clínica con la marihuana. El verdadero problema recae en las muchas sustancias que componen la marihuana, y también la normalización del material. Toda la investigación dice ser acerca de "marihuana", aunque nunca se sabe acerca de que tipo de marihuana se está hablando.

La marihuana como un compuesto fitoterapéutico.

Desde un punto de vista analítico, a la marihuana aun le falta recorrer un largo camino antes de que pueda ser considerada como un medicamento por el público en general. Fácilmente, se podría considerar a la marihuana como un compuesto fitoterapéutico (lo cual en Alemania y Francia, son reconocidos como medicamentos por los cuales los pacientes reciben compensación). (Informe del Seminario CTF Comisión para la Aprobación de los Fitomedicamentos, 1996).

- Categoría 1. Potencial fitoterapéutico basado en una experiencia o tradición nacional ampliamente documentada.
- Categoría 2. Potencial fitoterapéutico basado en evidencia publicada (evidencia clínica limitada).
- Categoría 3. Potencial fitoterapéutico basado sobre estudios clínicos adecuados conforme los procedimientos generalmente aceptados.

El uso de la marihuana para tratar diversos desordenes clínicos

El siguiente material se encuentra apropiadamente resumido, pero fechado, en los artículos de crítica de Lemberger, 1980, Hollister, 1986, y Mechoulam, 1986. Una vez más, se debe hacer énfasis en que el material de muestra empleado en estos estudios no se encontraba sometido a normas. A pesar de esta ausencia de normalización, parece ser que la marihuana de cualquier modo tiene un gran y robusto efecto al cual no se le puede ignorar.

Glaucoma

En el glaucoma, la presión interocular se incrementa a niveles inaceptables. La literatura sugiere que la marihuana puede disminuir la presión, hasta en situaciones donde otros tratamientos ya han fallado. Es muy probable que este efecto se derive del efecto sinérgico de la 8-alfa- y 8-beta-11-dihidroxi-delta-9-THC. Amplia investigación sugiere que el efecto del THC-delta-9 es el resultado de la interacción con un sistema nervioso afín. Este efecto ocurre en pacientes a la misma vez que en sujetos de prueba saludables. En forma significativa, Crawford y Merritt (1979) encontraron que el efecto reductivo de la marihuana en la presión ocular era más fuerte y de mayor duración en aquellos pacientes con ojos hipertensos, que en aquellos cuya presión ocular era normal.

La investigación hecha con animales ha revelado que el porcentaje de THC-delta-8 (administrado en un aceite) no era importante, pero en última instancia la conclusión importante fue que este era un tratamiento seguro (Merritt et.al., 1982). Una investigación hecha por Colasanti (1984) llegó a determinar que el THC-delta-9 administrado en gotas era tóxico para los gatos. Esa misma investigación sugirió por otra parte que aunque el cannabidiol no era tan efectivo, no tenía los efectos tóxicos del THC-delta-9. Esto sugeriría en forma contundente que el papel del cannabidiol era merecedor de una mayor investigación. Colasanti (1984) pudo llegar a conclusiones similares respecto a otro constituyente de la planta de marihuana, el cannabigerol. Finalmente, Colasanti publicó un artículo de crítica (1986) en el cual él concluyó que el funcionamiento de estos y otros cannabinoides de la planta de marihuana contribuían al distintivo efecto terapéutico del THC-delta-9, y que el mejor agente terapéutico podría surgir de la combinación natural. Estas conclusiones fueron apoyadas por la investigación de Green y McDonald (1987). Píldoras de THC sintético causaron una definitiva baja en la presión ocular, pero también dejaron definitivas claves de problemas típicos como despersonalización, reacciones de pánico agudo y sentimientos de paranoia (Merritt et.al., 1980). Se ha sabido que los efectos secundarios de la THC en la marihuana podrían ser modulados por los otros cannabinoides, como por ejemplo el cannabidiol (KARNIOL et.al.,

1974; Zuardi et.al., 1982). El cannabidiol definitivamente también tiene un efecto claro como un agente que puede cancelar los efectos del stress (Zuardi et.al., 1993). Estos son argumentos muy claros a favor del uso de toda la planta de marihuana en casos de glaucoma.

Esclerosis Múltiple

La causa de la esclerosis múltiple permanece siendo un misterio. Tampoco existe un medicamento de prueba para ayudar a los pacientes en las fases progresivas de esta enfermedad. Diazepam, ciclobenzaprina, baclofen y dantrolina son los tratamientos sintomáticos mas frecuentemente usados (especialmente para los espasmos) en la lucha contra este mal. Aun así, estos medicamentos tienen poderosos efectos secundarios que incluyen la desorientación y dependencia.

Al parecer, la marihuana funciona efectivamente como un relajante muscular. Esto ocurre sin los efectos secundarios perniciosos asociados con los tratamientos sintomáticos convencionales. Ungerleider et.al. (1988) averiguaron por medio de un proyecto de investigación cuya metodología utilizo un placebo como elemento de control que la píldora de THC-delta-9 eliminaba los espasmos musculares en los pacientes de esclerosis múltiple. Las conclusiones de este estudio fueron apoyados por Clifford (1983) y Mauerer et.al. (1990) empleando la píldora de THC-delta-9, por Dunn y Davis (1974) empleando marihuana, y por Petro (1980) usando marihuana fumada. Meinck et.al. (1989), empleando marihuana fumada, encontraron que el efecto observado se podía cuantificar por medio de mediciones electrofisiológicas. Estos resultados también fueron apoyados por experimentos hechos en animales. Lyman et.al. (1989) habían inducido "encefalomielitis autoinmune" en ratones y cerdos. Al cabo de 15 días, 95% del grupo al cual le administraron placebos había muerto. El grupo tratado con marihuana presento un resultado completamente diferente al registrarse solo un 5% de mortandad.

La marihuana para tratar el SIDA y los efectos secundarios de la quimioterapia del cáncer

Porque los pacientes que se encuentran sometidos a la quimioterapia del cáncer y el SIDA en sus etapas progresivas muestran síntomas similares (nausea, vomito, perdida de peso), es apropiado agrupar a estos dos grupos bajo un solo titulo. El THC administrado oralmente parece ser un buen anti-emetico (Sallan et.al., 1975). Amplios estudios e investigaciones hechos con placebos revelan que el THC-delta-9 es un anti-emetico tan eficaz como loes la proclorperazina. Hubo los usuales efectos secundarios (Frytak et.al., 1979). Sin embargo, este estudio fue llevado acabo usando THC sintético, y puede criticarse notando que el THC no debe ser usado como una materia en forma singular. Información confirmando esta conclusión fue disponible cuando fue demostrado que la marihuana fumada causaba menos efectos

secundarios y funcionaba (Vinceguerra et.al., 1988). Esta conclusión ha sido apoyada por otros investigadores (Doblin y Kleiman, 1991).

Finalmente, la marihuana tiene la ventaja adicional de incrementar la tolerancia al dolor (Milstein et.al., 1975). Esto parece ser un resultado de la actividades del THC (Noyes et.al., 1975). La marihuana incrementa el apetito, lo cual para estos pacientes claramente es un efecto secundario positivo para estos pacientes (Farthing, 1992; Mckim, 1991).

Asma

Es raro pensar que un compuesto inhalado en los pulmones pueda beneficiar a las personas con asma. De cualquier manera, parece ser que el THC-delta-9 es un material que puede ampliar los bronquios. Espasmos bronquiales, alcanzados por medio de ejercicios físicos, indujeron un ataque que duro hasta una hora en los sujetos de prueba. La marihuana fumada e isoproterenol permitieron una recuperación inmediata. Lo mismo ocurrió con espasmos bronquiales inducidos por medio de metecholina (Tashkin et.al., 1975). El THC-delta-9 tuvo el efecto dilatante más fuerte, con el THC-delta-8 demostrando una acción algo menor. El cannabinoil y el cannabidiol no tuvieron efecto observables (Gong et.al., 1984). Una comparación entre el isoproterenol (1250 microgramos) y marihuana fumada con un 2% de THC, revelo que los efectos dilatorios de la marihuana eran mayores, y tenían una duración de hasta una hora, con un máximo de efecto durante un cuarto de hora. En efecto, el isoproterenol tuvo solo un 60% del efecto de la marihuana. Cuando el THC-delta-9 era consumido en forma oral, su efecto máximo ocurría unas 3 horas luego de su ingestión, y el efecto terapéutico de 4 a 6 horas (Tashkin et.al., 1973).

El THC-delta-9 administrado por vía de un atomizador aprovechaba mejor la capacidad para tolerar el incremento de dosis de los pulmones, pero a la vez también indujo la irritación en algunos pacientes (Tashkin et.al. 1973). Hartley et.al. (1977), investigaron los efectos de tres diferentes dosis (50, 100 y 200 microgramos administrados con la ayuda de un atomizador). Dosecientos microgramos al parecer funcionaban mejor, aunque hubo poca diferencia en efectividad con la dosis de 100 microgramos. La dosis de 100 microgramos indujo casi ningún efecto secundario y fue bien tolerada.

Efectos secundarios

Como cualquier otro tratamiento terapéutico la marihuana tiene efectos secundarios. La razón por la cual la mayoría de la gente sabe acerca de la marihuana es por cierto efecto secundario. Un número de los efectos secundarios de la marihuana son físicos, pero la mayoría son

psicológicos. Para el propósito de la siguiente discusión, la mayoría de la información se obtuvo de los trabajos de Van Farthing (1992) y Mckim (1991). Es importante que el uso de la marihuana involucre un proceso de aprendizaje. Durante la primera experiencia, se notan todos los efectos, así que se necesita un proceso de aprendizaje, el cual gradualmente, con más experiencia, lleven a una diferente actitud con respecto a la marihuana.

Efectos fisiológicos

La marihuana es un gran inductor de sueño. Una dosis baja incrementa el tiempo total de sueño, pero no tiene otro efecto sobre el sueño. Con una dosis alta hay bajas significativas en la duración del sueño REM y el número de movimientos oculares durante el sueño REM. La duración del sueño en etapa-4 se incrementa.

Los latidos del corazón se aceleran luego de usar marihuana, con un máximo de unos 15 latidos adicionales por minuto. Este efecto incrementa a medida que se incrementa la dosis. Cuando se trata de dosis orales, el incremento en los latidos del corazón ocurre en una forma mas atrasada.

El deseo de comer incrementa, alcanzando su máximo cuando el efecto llega al tope al cabo de tres horas. Luego de un uso constante el incremento en apetito puede desaparecer, pero se debe notar que esto se aplica específicamente a la marihuana fumada. Al referirse al te de marihuana, la situación es completamente diferente, con los efectos de incremento del apetito acrecentándose durante un periodo de dos semanas. De lo que es cierto, es que aun fumando marihuana existe un síntoma llamado "la leona", y que en ese momento el fumador siente un gran deseo de ingerir grandes cantidades de comida. Greenberg et.al., (1976), observaron un grupo de fumadores de marihuana, otro grupo que usaba marihuana en forma ocasional y a un grupo de abstemios como fase de control, por un periodo de 21 días. El incremento de peso (medido al cabo de 5 días) fue mayor entre los fumadores regulares, intermedio entre los fumadores ocasionales, y el nivel mas bajo se encontró en el grupo de control (3.7lb., 2.8lb. Y 0.2lb. Respectivamente).

La idea de que uno puede notar si otro ha usado marihuana al ver las pupilas más grandes de esa persona debería ser categorizada como una fábula. El efecto que si es visible en el rostro del usuario es cierta caída del párpado, como consecuencia de las propiedades como relajante muscular que posee la marihuana. Cuando se toman dosis más grandes, el ojo definitivamente adquiere una coloración más roja.

Un importante efecto secundario de la marihuana es el que tiene sobre la libido. El Boletín de la Medicina Natural (1994), publicó una lista donde muchos medicamentos naturales y algunas drogas fueron investigados a fin de averiguar que efectos tenían sobre la libido, erección y eyaculación en el hombre, y la libido, lubricación y orgasmo en las mujeres. Quedo aparente que la marihuana era el único tratamiento que incrementaba la intensidad de cada uno de estas variables.

Efectos cognitivos

Los usuarios de la marihuana a menudo aseveran que sus percepciones se intensifican. Escuchan detalles en la música que en otras circunstancias no le hubieran hecho mella. También hacen reclamos similares concerniendo sus otros poderes perceptuales. Claro que estos efectos son altamente subjetivos. No se quiere reclamar aquí que el fumador de marihuana pueda escuchar mejor, pero podría de hecho ser que le hacen más caso a los detalles.

Puede que sea difícil poder mantener la concentración durante largos periodos de tiempo luego de usar marihuana. Los usuarios no tienen un buen desempeño, y parece que necesitan tomar pausas. Manejar un automóvil es una prueba que exigen acciones automáticas además de concentración. Es así que a las personas se les aconseja no fumar marihuana antes de conducir un auto. Un amplio estudio hecho por Robbe (1994), reveló que los fumadores de marihuana con mucha experiencia de hecho no conducían peor que aquellos que no fumaban marihuana. Esto parece otra vez revelar la influencia del aprendizaje sobre los efectos de la marihuana.

El desempeño en los trabajos de memoria parece ser impedido por la marihuana, especialmente cuando uno se refiere a la memoria de corto plazo (MCP). La información de la MCP puede ser recordada directamente, mientras no haya sido muy largo el espacio de tiempo transcurrido. Mientras transcurre el tiempo, la MCP tiene un desempeño menos efectivo, como también se puede observar en los trabajos de aprendizaje, porque la transferencia a la memoria de largo plazo (MLP) no funciona tan bien. Bajo la influencia de la marihuana, el recordar la información de la MLP no se encuentra impedida, una vez que la información se haya recibido en un estado en el que el sujeto no se encontraba bajo la influencia de sustancia alguna. De vez en cuando aparecen investigaciones que sugieren que la marihuana afecta la memoria a través de un impacto en el sistema límbico, principalmente sobre el hipocampo donde se supone que la marihuana reduce los niveles de acetilcolina neurotransmisora. El alargamiento del tiempo para el usuario de marihuana es un efecto notable. Diez segundos pueden parecer durar igual que 30 segundos. Evidentemente la marihuana parece acelerar la velocidad del "reloj interno". Cuando esta sensación subjetiva incrementa, entonces un incremento en la experiencia

subjetiva del tiempo puede ocurrir. La marihuana reduce la motivación. Frecuentemente los usuarios piensan que pueden existir sin problemas, y que las tareas les serán fáciles. Estas dos ideas no parecen ser el caso. Investigaciones hechas en simios (Schultze et.al., 1988) mostraron que en efecto la marihuana reducía la motivación por hacer cierta tarea específica, pero que cuando esta tarea era remunerada, los usuarios de marihuana no hacían menos esfuerzo que aquellos en el grupo de control.

USO MÉDICO

Ha habido muchas discusiones acerca del uso médico de la marihuana. Bajo la ley de los Estados Unidos de 1970, la marihuana ha sido una sustancia controlada bajo el "Schedule I". Es decir, que la droga, por lo menos cuando se fuma, no es generalmente aceptada como un medicamento.

El THC, el químico activo en la marihuana, se utiliza en una píldora que se puede usar, con receta médica, en el tratamiento de la náusea y el vómito asociados con el tratamiento de ciertos tipos de cáncer. En su forma de medicamento oral, el THC también se usa en el tratamiento de pacientes con SIDA; ya que les permite tener más apetito y así mantener su peso.

Hasta la fecha se ha determinado que el uso regular de la marihuana o del THC probablemente es un factor en ciertos tipos de cáncer, y en problemas de los sistemas respiratorio, inmune y reproductivo.

Cáncer -- Es difícil estar seguros sobre el efecto del uso de la marihuana y el cáncer. Se sabe que el humo de los cigarrillos causa cáncer y que la marihuana contiene algunos de estos mismos químicos, y otros, que también causan esta enfermedad. Los estudios muestran que una persona que fuma cinco cigarrillos de marihuana a la semana probablemente está consumiendo la misma cantidad de químicos que causan cáncer, que una persona que fuma un paquete de cigarrillos al día.

Los pulmones y las vías respiratorias -- Las personas que fuman marihuana frecuentemente desarrollan los mismos problemas respiratorios que las personas que fuman cigarrillos. Tienen una tos persistente, un silbido respiratorio, y tienden a sufrir de más resfriados que las personas que no fuman. Estas personas también están a alto riesgo de tener infecciones pulmonarias como la pulmonía.

Sistema inmune -- Los estudios científicos con animales han demostrado que el THC puede dañar las células y los tejidos en el cuerpo que ayudan a proteger a la persona contra las enfermedades.

CONCLUSIONES

A la marihuana aun le falta recorrer un largo camino si ha de adquirir la condición de medicina. Aun así, en verdad parece que la marihuana puede satisfacer todos los requisitos necesarios para ser un producto fitoterapéutico, Seguro, posible de producir en una manera confiable y demostrablemente eficaz, fácilmente puede llenar todos los criterios para los fitoterapéuticos. Como se discutió previamente, la marihuana es un simplex y puede ser recetado como tal. El importante trabajo de especificar materiales de la planta aun queda por hacerse.

Ya hemos mencionado a través del presente trabajo los extraordinarios usos de la marihuana, simplemente es necesario asumir la responsabilidad de ser innovador y experimentar proyectos fuera de "protocolo" sin mentiras, sin intereses personales, únicamente pensar en el bien común, comenzando por el respeto, la libertad, la tolerancia y el bienestar de nuestra sociedad mexicana.

Capítulo Segundo

"Repercusión social del consumo de las drogas y las políticas preventivas instauradas"

A) Tratamiento constitucional.

²⁷Nuestra carta magna establece la obligación estatal sobre los gobernados en el sentido de protección a la salud, su tarea constitucional radica en la participación activa de las instituciones del gobierno en la observancia de la aplicación de las políticas instauradas a nivel federal.

Por tal efecto y en virtud de lo anterior, se ha procurado prevenir y mantener la buena salud de los mexicanos con campañas de prevención de enfermedades contagiosas, vacunación, nutrición y contra el abuso en el consumo de todo tipo de drogas.

²⁷ Soberón Acevedo, Guillermo y Otros: Derecho Constitucional a la Protección a la Salud, Ed. Porrúa, pp. 46, 47-49, 70-79, 1983, México.

Sobre este último particular, el legislador se preocupó en desarrollar la normatividad correspondiente en la materia, la ley secundaria del artículo 4º y 73 constitucionales han sido los principales pilares para la elaboración de la Ley General de Salud que actualmente rige las políticas de salud pública en todos sus frentes.

El artículo 4º constitucional menciona en su texto, la importancia en el respeto a las diversas costumbres indígenas en cuanto a su cultura y forma de organización, en el mismo se establece el respeto entre géneros, y en sí el derecho a cualquier persona a verse beneficiado por los servicios de salud públicos.

En cuanto a la obligación del estado para otorgar la atención médica, queda muy lejano el tener una mera atención médica en virtud del mandato constitucional, y la verdadera atención de calidad que requiere todo mexicano; desafortunadamente muchos de los ideales consagrados en nuestra Constitución, son simples argumentos de buenas intenciones del legislador, ya que haciendo un recuento pormenorizado de lo que se cumple gubernamentalmente en el mandato constitucional, este resulta gris, torpe y de dimensiones por demás obsoletas.

En nuestro país, existen senderos borrascosos que como compatriotas tenemos que caminar para ser sujetos de atención gubernamental, el último "cambio" en el Titular del poder ejecutivo ha hecho que la historia no simplemente se repita si no que se agrave. Por circunstancias obvias, uno de los senderos más infame es el del derecho a la salud; en la actualidad continúa siendo el "vía cruxis" para los derechohabientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud.

La distribución masiva de medicamentos resulta un calvario para la gran mayoría de los enfermos que padecen males gravísimos y por ende de costoso tratamiento, la carencia de insumos y la política mercantilista de la industria farmacéutica en contubernio con las autoridades responsables de adquirir de los laboratorios los medicamentos, han provocado un menoscabo en la salud de dichos enfermos, quienes se tienen que conformar con paliativos que más que resolver el problema de salud lo agravan.

La falta de presupuesto gubernamental, han traído como consecuencia una nula investigación para desarrollar medicamentos, vacunas y en sí protocolos especializados de atención a enfermedades recurrentes graves y no graves.

Por lo anterior, algunos pacientes han optado por acudir a diversas opciones de medicina alternativa, que han satisfecho de forma provisional o en algunos casos definitiva, sus requerimientos de salud, al igual que la medicina alópata.

El uso de sustancias naturales ha demostrado que por su bajo costo puedan ser de mayor beneficio a la salud, economía y calidad de vida de los enfermos, sobre todo cuando los síntomas que provoca la administración de algunas drogas no se remedia con eficiencia.

La legalización del consumo de las drogas blandas (marihuana) no implica únicamente el consumo liberado, si no un entorno donde el marco legal relacionado al tema, se discuta y modifique, tomando en cuenta los principios constitucionales de libertad y respeto, además de los de la administración de los recursos naturales bajo el estricto control del Estado.

Las múltiples modificaciones que pudiese llevarse a cabo en leyes secundarias, abren el camino hacia la ruptura del mercado ilegal, la comercialización delictuosa de sustancias prohibidas continúa ganando la guerra al estado de derecho, los esfuerzos institucionales todavía son inútiles. Y el hecho de que el estado sea el tutor que rijá la oferta en forma monopólica, da las pautas y elementos para que el negocio ilegal de las drogas deje de ser fructífero para muchos y lesivo para el estado y la sociedad.

Una vez que se entienda el sentido de la legalización del consumo de drogas blandas, se puede claramente discernir entre lo moral y lo cotidiano, los compromisos hipócritas y la responsabilidad estatal, y por supuesto el respeto a nuestra soberanía como valuarte de dignidad nacional.

El sentido a que me refiero no tiene nada que ver con que la población que no consumía ninguna droga lo haga, pero si a quien con plena conciencia y responsabilidad y en plenas facultades legales consuma si así lo desea; los que se oponen a la legalización de la marihuana mencionan que aumentará el consumo de esta y otras drogas de mayor potencia, pero las estadísticas mencionan lo contrario, tal y como se demuestra en posteriores capítulos en donde se muestran los datos de consumo en países representativos.

El alcohol en los años 30 en los Estados Unidos, antes de su legalización fue mucho más consumido que cuando reinó la tristemente célebre Ley Seca o Volsted.

En el artículo 73º constitucional se ordena el formato mediante el cual se organiza el sistema nacional de salud quien mediante el consejo nacional de salud, tiene atribuciones institucionales en cuanto a la toma de decisiones federales, estatales y municipales en materia de salud, asimismo, dicta las políticas que deben instaurarse para el mejor y la mayor atención a los derechohabientes.

En el mismo sentido y con relación a el tema que nos ocupa, se considera necesario adicionar una un quinto párrafo en la fracción XVI del mismo artículo 73 constitucional, en el que se señale que en base a las condiciones generales de educación, costumbres, tradiciones y libertad de albedrío de los individuos, el Congreso podrá en cualquier momento emitir y reformar legislaciones relacionadas con el control de consumo de drogas y temas relacionados.

A continuación se transcriben los artículos reglamentarios que dan origen a la Ley General de Salud a efecto de analizarlos para entender la forma en la que el legislador la promulgó en ese sentido.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.²⁸

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

²⁸ Soberón Acevedo, Guillermo y Otros: Derecho Constitucional a la Protección a la Salud, Ed. Porrúa, pp. 25, 26, 1983, México.

De las facultades del congreso

Artículo 73. El congreso tiene facultad:

Fracción XVI: para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la republica.

1a. El consejo de salubridad general dependerá directamente del presidente de la republica, sin intervención de ninguna secretaria de estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el departamento de salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la republica.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a. Las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el congreso de la unión, en los casos que le competan.

Legislación Secundaria.

La Ley General de Salud es Ley secundaria de los artículos 4º y 73º constitucionales.

Ley General de Salud

Capítulo único

Artículo 1

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º. De la constitución política de los estados unidos mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la

federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la republica y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Como hemos observado efectivamente la naturaleza filosófica de la Ley General de Salud, basa sus principios en EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD, por ello es una de las leyes que nuestros legisladores deberán revisar en forma minuciosa y analítica para encontrar el mejor camino hacia las legalización del consumo de drogas blandas.

En el mismo sentido pero tomando en cuenta la pretensión punitiva estatal, las sanciones penales respecto a la tenencia de drogas blandas para consumo personal deberán modificarse, aunque el consumo no es considerado dentro del Código penal federal como delito, si lo es la siembra, distribución, comercialización, procesamiento etc. Por lo que este ordenamiento legal forzosamente debe ser revisado para evitar caer en excesos y abusos tanto de los gobernados como de quienes procuran e imparten justicia.

Código Penal Federal

Libro primero

Titulo tercero aplicación de las sanciones

Capitulo V tratamiento de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, en internamiento o en libertad

Articulo 67

En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

En caso de que el sentenciado tenga el habito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, el juez ordenara también el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio medico bajo la supervisión de aquella, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.

Articulo 68

Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a

tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.

Artículo 69

En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluido este tiempo, la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables

Artículo 69 bis

Si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, solo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción VII del artículo 15 de este código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.

Titulo séptimo delitos contra la salud

Capítulo I

De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos

Artículo 193

Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la ley general de salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la ley general de salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomara en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el ministerio público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitara en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Capítulo I de la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos

Artículo 194

Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I.- produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la ley general de salud; para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

II.- introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III.- aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV.-realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las instancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195

Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la ley general de salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194.

No se procederá en contra de quien, no siendo farmacodependiente se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que esta destinada a su consumo personal.

No se procederá por la simple posesión de medicamentos, previstos entre los narcóticos a los que se refiere el artículo 193, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

Artículo 195 bis

Cuando la posesión o transporte, por la cantidad como por las demás circunstancias del hecho, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194 de este código y no se trate de un miembro de una asociación delictuosa, se aplicaran las penas previstas en las tablas contenidas en el apéndice 1 de este ordenamiento, si el narcótico no se encuentra comprendido en las mismas, se aplicara hasta la mitad de las penas señaladas en el artículo anterior.

Artículo 196

Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I.-Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca, y se le inhabilitara hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

II.- la víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;

III.- Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;

VI.- Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

V.- La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI.- El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII.- Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurara en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 ter

Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvié o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o maquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y maquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197

Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentaran hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentaran hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198

Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en el concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitara de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las fuerzas armadas

mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca y se le inhabilitara de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

Artículo 199

Al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193 no se le aplicara pena alguna. El ministerio publico o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto como se enteren en algún procedimiento de que una persona relacionada con el es farmacodependiente, deberán informar de inmediato a las autoridades sanitarias, para los efectos del tratamiento que corresponda.

Todo procesado o sentenciado que sea farmacodependiente quedara sujeto a tratamiento.

Para la concesión de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerara como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero si se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento adecuado para su curación bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Comentarios sobre los delitos contra la salud.²⁹

La denominación del código "Delitos contra la salud", no expresa a qué salud se refiere, si a la individual del ser humano, ya tipificada en otro Título, que comprende su integridad, tanto corporal (anatómicamente y funcional) como la psíquica. O a la salud colectiva que corresponde a bienes jurídicos de la seguridad pública por implicar su transgresión un peligro común, o bien, como afirma Sebastián Soler "en la medida en que una lesión inferida contiene como en potencia los más variados peligros ulteriores, o bien en la medida en que la lesión descubre los peligros preexistentes para otros bienes y que permanecían latentes hasta el momento que la lesión los reveló".

En otros delitos se ha especificado el bien jurídico perteneciente a la colectividad, como por ejemplo, "delitos contra la seguridad pública", "delitos contra la moral pública" y "delitos contra la economía pública".

Observa Mariano Jiménez Huerta, que han desaparecido los dada día más trascendentes y necesarios preceptos contenidos en los Códigos de 1871 y 1929 relativos al comercio de bebidas o comestibles con sustancias nocivas para la salud; venta o entrega gratuita par alimento de ocultación, sustracción, venta y compra de efectos mandados destruir como nocivos por la autoridad; envenenamiento de comestibles o de cosas destinadas par ala venta al público y de cuyo uso pueda resultar la muerte o alguna enfermedad de un número indeterminado de personas y el envenenamiento de una fuente, manantial, estanque o

²⁹ Reynoso, Dávila Roberto.: Código Penal Federal Comentado.:pp. 320-332 ED. Porrúa. 2003

cualquier otro depósito de agua potable, sean públicas o particulares y el Código de 1929 previó la elaboración de bebidas embriagantes nocivas para la salud y la interceptación o corte del agua que abastece a una población.

...Dicen Francisco Pavón Vasconcelos y Gilberto Vargas López: Hasta donde recordamos, primeramente se habló de drogas enervantes o de enervantes, para posteriormente sustituir esas expresiones por las de estupefacientes y psicotrópicos, y, por último referirse a narcóticos, como término genérico que abarca a los estupefacientes, a lo psicotrópicos y a las demás sustancias que se prevén en la Ley General de Salud, y que constituyen problemas graves a la salud pública.

Los delitos contra la salud en el Código Penal vigente de 1931, en su versión original, quedaban comprendidos en un Capítulo Único. Actualmente forman un primer capítulo denominado "De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo, y otros actos en materia de narcóticos"

El maestro Raúl Carrancá y Trujillo critica esta denominación. "El proselitismo consiste en el celo de ganar prosélitos; y el prosélito es el partidario de una facción o de una doctrina.- No ha sido, pues, feliz el empleo de este vocablo, para referirse a la ministración de drogas con el propósito de propagar su uso, o a la instigación del mismo uso, lo que nada tiene que ver con el proselitismo".

Olga Cárdenas de Ojeda, en un amplio y completo estudio sobre "Toxicomanía y narcotráfico", dice que en cuanto a los aspectos semánticos, especialmente en cuanto a lograr una definición precisa de droga, no se cuenta con un término, de aceptación general, que permita siquiera aludirlo.

Acciones gubernamentales.

A efecto de coordinar acciones para enfrentar el problema de las drogas, dentro del Plan Nacional de Desarrollo se ha insertado el Programa Nacional para el control de Drogas, en el se establecen los lineamientos necesarios para la organización institucional e intersecretarial para que dentro de sus facultades y atribuciones actúen en consecuencia.

Ha habido diversas acciones frente al fenómeno de las drogas y su entorno, hasta que no se diversifiquen los modelos y paradigmas estatales, nuestro país seguirá siendo un simple corredor comercial de drogas, en vez de ser ejemplo de innovación legal y administrativa.

El Plan Nacional de Desarrollo del que se transcribe uno de sus vastos textos, expresa de la siguiente forma sus objetivos:

De acuerdo con los elementos del diagnóstico podemos decir que en México, el problema de las drogas se manifiesta principalmente en sus vertientes de producción y tráfico ilícito. Aun

cuando el consumo de estupefacientes y psicotrópicos está presente en nuestra sociedad, los índices de prevalencia de aquellos que han consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida, muestran un ligero descenso en los últimos cinco años, lo que significa que los problemas más graves de salud pública en materia de adicciones son el uso de alcohol y tabaco.

A las acciones de prevención que se han implementado se puede atribuir que los niveles de uso de drogas ilícitas no hayan aumentado, por lo que es necesario reforzar y ampliar las acciones de esta naturaleza.

La producción de enervantes, por su parte, mantiene una tendencia creciente, tanto en superficie como en el número de sembradíos. Los estados de Chihuahua, Durango, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Sinaloa, Sonora y Veracruz son los principales productores de enervantes. Durante los últimos tres años se erradicaron en estas entidades 80 mil hectáreas de amapola y marihuana, que representan el 99 por ciento de lo erradicado en el país.

No obstante que las acciones de erradicación han permitido evitar un crecimiento mayor en la producción de enervantes, se pone de manifiesto el imperativo de reforzar estas acciones, a la vez que se requiere la implementación de otras de desarrollo regional que ofrezcan posibilidades reales de trabajo a campesinos e indígenas que se ven orillados por coerción o necesidad al cultivo de enervantes.

En lo que se refiere al tráfico ilícito, el principal problema que enfrenta México es el flujo de drogas, principalmente Cocaína, marihuana y recientemente heroína, provenientes de Centro y Sudamérica. Esta red de tráfico ha generado vínculos entre organizaciones delictivas de carácter transnacional, que poseen cuantiosos recursos económicos lo que les permite utilizar sofisticados medios de transporte y contar con amplios medios para disminuir la efectividad de las autoridades encargadas de combatir el narcotráfico.

La frecuencia para la introducción de drogas por las vías aérea y marítima ha mostrado un comportamiento alternado con el fin de evadir las acciones de fiscalización. De 1991 a 1995, el tráfico vía aérea registró un incremento del 60 por ciento, con la característica de utilizar aeronaves de mayor autonomía de vuelo que las utilizadas en años anteriores. El tráfico marítimo registró un incremento en cuanto a los volúmenes de carga, no así de incursiones en aguas territoriales.

Una amenaza similar a la que genera el tráfico de Cocaína, por las redes del crimen organizado que involucra, es el tráfico de sustancias químicas que son utilizadas para la producción de

drogas sintéticas. Se ha detectado que México es un receptor de estas sustancias para su almacenamiento o procesamiento, para su posterior traslado a los Estados Unidos de América.

Objetivo General

Reducir a su mínima expresión los índices de consumo, así como la producción procesamiento, tráfico y comercialización ilícitos de psicotrópicos y estupefacientes, 2.2 Objetivos específicos

- La Federación, las entidades federativas y los municipios se coordinarán y sumarán sus esfuerzos en el ámbito de sus respectivas responsabilidades.
- Promover la ejecución de acciones preventivas, de rehabilitación, jurídico-penales, de participación de la sociedad y de la comunidad internacional, tendientes a la reducción de la demanda y de la oferta de drogas ilícitas.
- Promover la realización de investigaciones científicas para analizar la situación del problema de las adicciones y abordar temas como, la familia y su papel en la prevención del consumo; factores que influyen en el uso de sustancias adictivas, entre otros, a fin de diseñar programas en la materia.
- Fortalecer las acciones educativas para prevenir el uso de drogas.
- Ampliar los programas de rehabilitación de los adictos, realizando acciones que permitan su reintegración a la sociedad, así como proporcionar tratamiento a las familias afectadas por problemas de adicciones.
- Promover alternativas de desarrollo económico-social en zonas de riesgo asociado tanto a la demanda como a la oferta de enervantes mediante programas de desarrollo integral, de concientización de las comunidades y de desarrollo social mediante obras de infraestructura y acciones de inducción y apoyo a alternativas productivas.
- Reducir la delincuencia asociada al consumo de drogas y otros eventos relacionados con adicciones, tales como accidentes, ausentismo laboral, desintegración familiar, etc.
- Continuar las investigaciones que lleven a la autoridad a la desintegración de las grandes organizaciones de narcotraficantes.
- Establecer mecanismos y procedimientos eficaces de investigación policial para obtener información que lleve a la reducción de ilícitos conexos con el uso, producción y tráfico de drogas. Realizar estudios que permitan tener un mayor acercamiento a la realidad del fenómeno de las drogas y su relación con aspectos de seguridad pública.
- Reforzar los operativos diseñados para reducir la producción, procesamiento y tráfico ilícitos de estupefacientes y psicotrópicos, así como, la detección y destrucción de laboratorios clandestinos en territorio nacional.
- Combatir la comisión de delitos conexos como el lavado de dinero y el tráfico ilícito de armas y de precursores químicos.

- Reforzar la vigilancia aérea, marítima y terrestre con el propósito de minimizar el tráfico ilícito de estupefacientes, psicotrópicos, precursores químicos y armas.
- Prevenir la corrupción en instituciones públicas y privadas y su posible infiltración directa.
- Eliminar la corrupción y la infiltración directa del narcotráfico en las instituciones públicas y privadas donde sea detectada, protegiéndolas posteriormente contra posibles atentados.
- Alentar un mayor compromiso de otras naciones afectadas por el problema de las drogas, particularmente de aquellas en que los índices de consumo son mayores y que cuentan con más y mejores recursos para combatirlo.

Capítulo tercero

Esquemas de consumo de drogas a nivel internacional.

En este capítulo se describen en forma práctica los índices de consumo entre la población de los países más representativos en la producción y consumo de drogas de diversos tipos, la información ha sido obtenida de diversos medios para tener una noción clara y precisa que nos permita entender hasta donde la problemática del consumo a interferido en la convivencia social y cuál es el error que hemos venido cometiendo y su posible solución.

A) Estados Unidos.

La Ley Seca en los Estados Unidos³⁰.

En 1919 en EE.UU. Entra en vigor la 18a.enmienda de la Constitución a partir del de la iniciativa del congresista Andrew Volstead por la cual son prohibidas las bebidas alcohólicas, bajo la llamada Ley Seca, la medida que se prolongará hasta 1933 tendrá como efecto un espectacular auge de los grupos mafiosos ligados al comercio clandestino del licor, lo cual motivará numerosas polémicas mientras se extiende la corrupción entre quienes deben combatirlos. En

³⁰ Brecher, E.M.: Licit and Illicit Drugs, Mount Vernon, N.Y.: Consumers Union, 1972.

1933 en los EE.UU. Es derogada la Ley Seca como consecuencia de la injusticia, corrupción generalizada y creación del crimen organizado que ha estado vigente durante catorce años.

En aquella época, la cultura americana era materialista y puritana a la vez. Se vivían momentos difíciles a raíz de la fuerte inmigración europea y el choque cultural de los nuevos ciudadanos, asentados en las antiguas colonias inglesas. Pero, el problema mayor, lo constituía supuestamente el elevado consumo de Alcohol, opio y Cocaína que estaba influyendo negativamente en la moral y las buenas costumbres del pueblo americano.

La reforma constitucional, conocida como la ley Volstead en homenaje a su proyectista dicho ordenamiento prescribía multa y prisión para la venta y fabricación de bebidas alcohólicas -seis meses para la primera infracción y cinco años para la siguiente-, salvo el vino para la Santa Misa.

Resumiendo los efectos de esta ley, se sostiene que la "prohibición tenía el propósito de eliminar de los Estados Unidos las tabernas y los borrachos. En lugar de ello, dio origen a la creación de miles de lugares ilícitos para beber y abrió para los contrabandistas una provechosa carrera criminal. La prohibición, que se violaba de continuo, era moralmente hipócrita.

En menos de un año de la Enmienda y cuando había unas 80.000 personas detenidas, comenzaron las reacciones y efectos negativos de esta ley, pues el contrabando creció vertiginosamente, algunos policías fueron condenados por chantaje y el tipo previo de consumidor cambió: si antes era de clase media y con más de cuarenta años y sin historial delictivo, se masificó especialmente en gente joven y pobre.

Aumentó el número de presos, la corrupción, el vicio, los crímenes, la inmoralidad, la mafia y las muertes por Alcoholismo (de 1 por 100.000 en 1920, a 3,9 por 100.000 en 1933). El contrabando de Alcohol (que no paga impuestos) subió. Por cada bar que se cerró aumentaron tres tabernas clandestinas y, contra lo que comúnmente se piensa, el consumo de Alcohol no aumentó: lo que aumentó fue el consumo del mal Alcohol. Después de un inicio lleno de las mejores intenciones, con el transcurso de los 13 años se vio que la política represiva no funcionó y el Presidente Roosevelt tuvo que derogar la tristemente celebre prohibición.

En 1932, a los doce años de su vigencia, el precepto ha creado medio millón de nuevos delincuentes y una corrupción en todos los niveles. Un 34 % de los Prohibition agents tiene notas desfavorables en su expediente; un 11% es culpable de extorsión, robo, falsificación de datos, tráfico y perjurio. Dos ministros -de Interior y de Justicia- han sido condenados por conexiones con pandillas y contrabando. Hay casi 30.000 personas muertas por beber Alcohol metílico y otros destilados venenosos y unas 100.000 con lesiones permanentes como ceguera

o parálisis. Tres grandes familias -la judía, la irlandesa y la italiana- se reparten el monopolio de violar la ley Volstead, mientras los bebedores se ven en la disyuntiva de alimentar sus clandestinos salones o acudir a algún médico para obtener una receta de whisky, coñac o vino, por un precio algo superior".

Aquí se habla de verdaderas mafias y donde la corrupción -al igual que hoy en el 2003 en Bolivia, Colombia, México o Perú llegó a la policía, la administración de justicia, y el Poder Ejecutivo, así como a todos los ámbitos de gobierno donde necesitarán expandir su red delictiva.

Con la finalidad de terminar esa "guerra falsa", criminalizadora de grandes sectores sociales, corrupción y crimen organizado, en 1933 se sancionó la Enmienda XXI, ratificada el 5 de diciembre de 1953 que en la Sección 1 estableció: "Queda derogado el artículo dieciocho de enmienda a la Constitución de los Estados Unidos"

Las tres familias separadas hasta entonces por feroces rivalidades, acuerdan una política de coexistencia pacífica, aconsejable ante la inminente ruina que para ellas representa el fin de esta Prohibición. Es entonces cuando los jefes del gang judío y del italiano -M. Lansky y S. Luciano- se dedican a la morfina y Cocaína, aprovechando la prohibición vigente para esas drogas.

Con las drogas prohibidas actualmente, está pasando lo mismo que con la Ley Seca: la prohibición estimula y multiplica el narcotráfico, involucrando a Policías, Jueces, Fiscales, Candidatos, políticos, Ministros de Estado, etc.

Estados Unidos a pesar de tener la experiencia de la Ley Seca, no cambia de estrategia y penaliza las drogas cada vez con mayor dureza, incluso "certifica" el esfuerzo internacional de la lucha contra las mismas, para asignar recursos económicos a los países, que al juicio de la administración estadounidense en turno, son eficaces contra el narcotráfico.

Más de un tercio de los norteamericanos mayores de doce años han probado una droga ilícita. El noventa % de aquellos que han usado drogas ilícitas usaron Marihuana o hashish. Aproximadamente una tercera parte usó Cocaína o tomo una droga con receta médica sin razones de salud. Cerca de una quinta parte usó LSD.

En 1995, 1.5 millones de norteamericanos usaban Cocaína, Sin embargo, a la fecha, menos personas están probando la Cocaína. En 1994, se estimó que 533,000 personas usaron Cocaína por primera vez, lo que representa una disminución del 60 % de los 1.3 millones de personas al año que comenzaron a usar Cocaína entre 1980 y 1984. Si bien es cierto que estas cifras

indican un avance significativo, en 1995 el número de usuarios frecuentes -- estimado en 582,000 (de los cuales 255,000 usan crack) -- no ha cambiado mucho desde 1985. Se estima que los usuarios crónicos consumen dos terceras partes de la demanda de Cocaína de los Estados Unidos. O sea, mientras que el número de personas que usan Cocaína ha disminuido, la cantidad de Cocaína que se consume en los Estados Unidos no ha disminuido en igual medida.

Cerca de 600,000 personas son adictas a la Heroína en los Estados Unidos, lo que representa un incremento del número estimados de adictos durante la década de 1970 y 1980. Si bien es cierto que la inyección es la mejor manera de administrar la Heroína de baja pureza, la disponibilidad de Heroína muy pura, hace que el fumarla e inhalarla sean opciones viables. A medida que más usuarios crónicos deciden inhalar Heroína, el consumo se ha incrementado drásticamente en comparación con el consumo de la década anterior, cuando la única opción disponible era la inyección.³¹

La mayoría de las personas que usan Heroína son personas mayores que consumen drogas por muchos años, un número cada vez más grande de adolescentes y adultos jóvenes están usando la droga.

En 1995, aproximadamente 9.8 millones de norteamericanos (77 % de todos los usuarios de drogas ilícitas) fumaban Marihuana, convirtiéndola en la droga ilícita más usada comúnmente. Aproximadamente 57 % de los usuarios actuales de drogas ilícitas se limitan a consumir únicamente Marihuana. En 1995, cinco millones de norteamericanos usaban Marihuana frecuentemente (lo cual se define como por lo menos cincuenta y dos días al año), lo que representa una cifra inferior a los 8.4 millones de usuarios frecuentes de Marihuana estimados en 1985. Sin embargo, el número de personas que usan Marihuana por primera vez se ha incrementado desde 1991, alcanzando la cifra de 2.3 millones en 1994.³²

Los norteamericanos creen que el abuso de drogas no es su problema. Tienen la idea errada de que los usuarios de drogas pertenecen a un segmento de la sociedad diferente del suyo o de que el abuso de drogas está muy lejos de su medio. Cerca de tres cuartas partes de los usuarios de drogas son empleados.

³¹Instituto Nacional de Justicia, Pronóstico del Uso de Drogas, 1995, Informe Anual sobre los Jóvenes y Adultos Detenidos (Washington, D.C.: Departamento de Justicia, 1996).

³²Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMHSA), Estimaciones Preliminares de La Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de drogas de 1995 (Rockville, MD.: Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1996).

La mayoría de los norteamericanos consideran que el uso de drogas y los crímenes relacionados con las drogas constituyen unos de los problemas sociales más grandes de esa nación. Aproximadamente 45 % de los norteamericanos conocen a alguien con problemas de abuso de alguna sustancia.

Si bien es cierto que el uso de drogas y sus consecuencias constituye una amenaza para los norteamericanos, independientemente de su posición socio-económica, región geográfica, nivel de educación, y su identidad étnica o racial, los efectos del uso de drogas no siempre se sienten en forma proporcional. Las comunidades donde florecen los mercados de drogas ilícitas están plagadas de crímenes y violencia. Los norteamericanos que no tienen un buen servicio de salud y tienen bajos ingresos no están en condiciones de pagar por los tratamientos para superar la dependencia de las drogas. Lo que todos los norteamericanos deben entender es que nadie es inmune a las consecuencias del uso de drogas.

El uso de la metanfetamina se ha incrementado. Cerca de 4.7 millones de norteamericanos han probado esta droga.

Detenidas en veinte y tres ciudades, sugieren que la metanfetamina está presente en muchas comunidades del país, principalmente en el Oeste, Suroeste y Oeste medio. En 1995, aproximadamente un 6 % de los jóvenes y adultos detenidos, provenientes de diferentes partes del país, obtuvieron resultados positivos en las pruebas por el uso de metanfetamina. Ocho lugares reportaron índices considerables de consumo de metanfetamina (San Diego, Phoenix, San José, Portland, Omaha, Los Angeles, Denver, y Dallas).

Sitios de Pronóstico del Uso de Drogas donde el Uso de metanfetamina era muy Elevado en 1995

Fuente: Programa de Pronóstico del Uso de Drogas, Instituto Nacional de Justicia, 1996.

Otras drogas ilícitas. En 1995, el predominio del consumo de otras drogas ilícitas, incluyendo los alucinógenos, inhalantes y las psicoterapéuticas, era inferior al 1 %. Solo el uso de alucinógenos registró un cambio considerable entre 1994 y 1995, al incrementarse de 0.4 a 0.7 %. A pesar de prohibir su importación el año pasado, Rohypnol, un sedativo muy poderoso, todavía se encuentra en las regiones del Sureste y Atlántico Medio. Los etnógrafos señalan que esta sustancia es una de varias "drogas de club" usadas por los jóvenes, que ahora podría

están alcanzado a una audiencia más amplia. Otras "drogas de club" -- incluyendo la Ketamine, Quaaludes, Xanax, MDMA, y LSD -- continúan ganando popularidad entre los adultos jóvenes.³³

La tendencia más alarmante es el incremento del consumo de drogas ilícitas, tabaco, y Alcohol entre los jóvenes. Los niños que usan estas sustancias tienen mayores probabilidades de adquirir un problema de dependencia por vida, y también incurrir en mayores riesgos de salud. Diariamente, tres mil jóvenes empiezan a fumar cigarrillos regularmente; por consiguiente, una tercera parte de estos jóvenes tendrán vidas cortas. De acuerdo a un estudio realizado por el Centro sobre la Adicción y el Abuso de Sustancia, los niños que fuman Marihuana tienen ochenta y cinco veces mayores posibilidades de usar Cocaína que sus compañeros que nunca probaron la Marihuana. El uso de drogas ilícitas entre los niños de octavo grado se ha incrementado en un 150 % en los últimos cinco años. Aunque alarmantemente alto, actualmente el consumo de drogas de los jóvenes no ha regresado a los niveles casi epidémicos de finales de 1970. El desafío más grande que enfrenta la política contra las drogas es revertir estas tendencias peligrosas.

El consumo de drogas a una edad temprana conlleva a otros comportamientos no saludables e improductivos. Las drogas ilícitas están asociadas a una actividad sexual prematura (con el consecuente riesgo de: embarazos indeseados, exposición a las enfermedades transmitidas sexualmente como el VIH/SIDA, la delincuencia, y el involucramiento en el sistema de justicia criminal.

Uso de drogas ilícitas.- En 1995, 10.9 % de los jóvenes entre los doce y diecisiete años usaron drogas ilícitas en el último mes. Este índice se ha incrementado considerablemente en comparación con 8.2 % en 1994, 5.7 % en 1993, y 5.3 % en 1992 -- el nivel histórico más bajo de esta tendencia desde que registró el índice más alto de 16.3 % en 1979. El estudio de la Universidad de Michigan, titulado *Monitoreando el Futuro*, encontró que más de la mitad de todos los estudiantes de secundaria ya usan drogas cuando se gradúan.³⁴

Uso de la Cocaína entre la juventud.- El uso de la Cocaína no es común entre los jóvenes. En 1996, cerca del 2 % de los niños de onceavo grado usaban la Cocaína regularmente. Aunque esta cifra se había incrementado del nivel bajo de 1.4 % en 1992, todavía era 70 % más baja que el nivel alto de 6.7 % en 1985. En 1996, 7.1 % de los niños del onceavo grado habían probado la Cocaína alguna vez un incremento del bajo nivel de 6.1 % de 1992, pero mucho más bajo que el alto nivel de 17.3 % de 1985. Sin embargo, en los últimos cinco años el uso

³³ Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), *Estimaciones Preliminares de la Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de drogas de 1995*.

³⁴ *Monitoreando el Futuro*, Universidad de Michigan, 1996.

por vida de la Cocaína se ha casi duplicado entre los niños del octavo grado, alcanzando 4.5 % en 1996. En la Encuesta Nacional de Hogares sobre el Uso de Drogas de 1995, se identificó una tendencia semejante que demuestra una disminución en la edad media de los jóvenes que usan la Cocaína por primera vez de 23.3 años en 1990 a 19 años en 1994.

Uso de la Heroína entre los jóvenes.- El uso de la Heroína tampoco es común entre los jóvenes. El 1 % de los niños del doceavo grado había usado Heroína el año anterior, y la mitad del 1 % la habían usado en los últimos treinta días. Afortunadamente, ambas cifras son inferiores a las registradas en 1995. Sin embargo, la encuesta de 1996, encontró que el número de jóvenes que alguna vez usaron Heroína se duplicó entre los niños del octavo y doceavo grados, alcanzando 2.4 % y 1.8 %, respectivamente entre 1991 y 1996.

El uso de la Marihuana continúa siendo un grave problema entre los jóvenes norteamericanos. En 1996, uno de cada cuatro estudiantes de último año de secundaria consumió Marihuana, mientras que menos del 10 % usaba alguna droga ilícita con la misma frecuencia.

El uso de Marihuana también es responsable de casi todo el incremento en el uso de drogas ilícitas entre los jóvenes de doce a diecisiete años. Entre 1994 y 1995, el nivel de consumo de Marihuana entre este grupo se incrementó de 6 % a 8.2 % (un incremento del 37 %). Además, los adolescentes están comenzando a fumar Marihuana a una edad más temprana. La edad media de los que la consumen por primera vez se redujo de 17.8 años en 1987 a 16.3 años en 1994

Después de la Marihuana, los estimulantes (una categoría que incluye la metanfetamina) ocupan el segundo lugar entre las drogas ilícitas que los jóvenes usan normalmente. Cerca del 5 % de los estudiantes de secundaria usaron estimulante en el último mes, y un 10 % los usaron en el último año. Causa satisfacción el hecho de que el uso de inhaladores -- la tercera sustancia ilícita utilizada -- disminuyó entre los estudiantes de octavo, décimo y doceavo grado en 1996. Sin embargo, 8.8 % de los estudiantes del doceavo grado habían usado LSD en el último año.³⁵

El Alcohol es la droga que los jóvenes usan con mayor frecuencia. Aproximadamente uno de cada cuatro estudiantes de décimo año y uno de cada tres estudiantes del último año de secundaria reportaron haber tomado cinco o más tragos por lo menos en una ocasión. La edad promedio de los jóvenes que ingieren Alcohol por primera vez se ha disminuido a 15.9 años, del promedio de 17.4 años en 1987.

³⁵ La Organización Gallup, Consulta con los Estados Unidos: Un Vistazo sobre Cómo los Norteamericanos Ven el Problema de las Drogas en el País, Informe Resumido (Rockville, MD.: marzo 1996).

Respecto al tabaco, aunque se ha disminuido el número de adultos que fuman, continúa incrementándose el nivel de consumo de tabaco entre los jóvenes norteamericanos. En 1996, más de un tercio de los estudiantes del último año de secundaria fumaban cigarrillos, y más de uno de cada cinco fumaban diariamente. Estos porcentajes son superiores a los registrados en cualquier otro momento desde la década de 1970.

Los costos que la sociedad paga en términos sociales y de salud por el uso de drogas ilegales son asombrosos. Las enfermedades, muertes y crímenes relacionados con las drogas cuestan a Estados Unidos aproximadamente \$66.9 mil millones de dólares. Cada hombre, mujer, y niño norteamericano paga cerca de \$1,000 dólares anualmente para cubrir los gastos de atención médica innecesarios, servicio policial extra, accidentes automovilísticos, crímenes, y productividad perdida como resultado del abuso de las sustancias ilegales. El uso de drogas ilegales afecta a la familia, las empresas, la comunidad; impide la educación; y congestiona los sistemas de justicia criminal, salud y servicios sociales.

En 1995, se estima que ocurrieron 531,800 episodios violentos vinculados a las drogas un poco más que los 518,500 accidentes de 1994. La cifra de 1995 marca la primera vez en los últimos cinco años que los episodios en las salas de emergencias no se incrementaron considerablemente.

También encontró que los episodios vinculados a la Cocaína alcanzaron un punto histórico alto. Entre 1990 y 1995, las emergencias vinculadas al uso de Heroína se incrementaron en 124 %. Mientras que, entre 1994 y 1995, no se registró ningún incremento considerable en el número de episodios vinculados a la metanfetamina, en cambio si se documentó un marcado incremento entre 1991 y 1994 al incrementarse la cifra de cinco mil a cerca de ocho mil.

Cerca del 40 % de las muertes vinculadas a las drogas ilegales afectan a personas entre la edad de treinta y treinta y nueve años, el grupo que tiene el índice más elevado de problemas crónicos relacionados con el consumo de drogas. En general, los índices de consumo en personas de sexo masculino son más altos que los de sexo femenino, y las personas de raza negra son también más elevados que los de raza blanca.³⁶

³⁶ Oficina de Política Nacional Para el Control de las Drogas, Chequeo del Pulso, Tendencias Nacionales del Abuso de Drogas (Washington, D.C.: Oficina Ejecutiva del Presidente, Primavera 1996).

El SIDA es la causa que continúa provocando más muertes vinculadas al uso de drogas ilícitas. Más del 33 % de los casos nuevos de SIDA afectan a los individuos que se inyectan drogas ilícitas con sus consortes sexuales compartiendo jeringas.³⁷

Las muertes vinculadas a la Heroína se incrementaron drásticamente entre 1993 y 1994 (el último año en que se tienen estadísticas.) En Phoenix, las fatalidades vinculadas a la Heroína se incrementaron en 34 %, 29 % en Denver, y 25 % en New Orleans. Las cifras anuales de atención en las salas de emergencia vinculadas al uso de la Heroína se incrementaron de 34,000 en 1990 a 76,023 en 1995

Entre 1992 y 1993 se estimó que 5.5 %, o cerca de 221,000 mujeres, usaron drogas ilícitas por lo menos una vez durante su embarazo. Cerca del 2.9 %, o 119,000 usaron Marihuana; aproximadamente 1.1 %, o 45,000 usó Cocaína. Los niños que nacen de madres que han abusado con las drogas experimentan los efectos de la abstinencia o tienen otros problemas de salud al nacer. Los niños que han estado expuestos a las drogas tienden a desarrollarse pobremente debido a la tensión que les causa el consumo de la droga de la madre. Estos niños corren un doble peligro: frecuentemente sufren de vulnerabilidad biológica por haber estado expuesto a las drogas en su estado prenatal, que puede ser exacerbada por una pobre atención y por las separaciones múltiples que les ocasiona el estilo de vida del usuario de drogas, afectando gravemente su entorno social.

El abuso de las sustancias durante el embarazo está relacionado con el incremento del riesgo de mortalidad infantil o la muerte del niño durante su primer año de vida. Un estudio comprensivo sobre mortalidad infantil conducido en base a las madres que recibían atención médica en el estado de Washington, entre 1988 y 1990, muestra una tasa de mortalidad infantil de 14.9 % por cada mil niños nacidos de madres que abusaban de las sustancias tóxicas en comparación con 10.7 por mil entre las madres que no abusaban de las sustancias tóxicas. Además, el estudio indica que los niños nacidos de madres que abusan de las drogas tienen 2.5 veces mayores posibilidades de morir del Síndrome de Muerte Infantil Súbdita.³⁸

El uso crónico de las drogas está vinculado a otros problemas de salud. El uso de drogas ilícitas está asociado con una serie de enfermedades, incluyendo la tuberculosis y la hepatitis. Los usuarios crónicos son particularmente susceptibles a las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) y son los "transmisores principales" de estas infecciones. Se ha demostrado

³⁷ Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMSHA), Estimaciones Preliminares de la Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de drogas de 1995.

³⁸ Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMSHA), Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de drogas de 1995, datos no publicados.

que el comportamiento sexual sumamente riesgoso, asociado con el uso de crack y otras drogas que se inyectan, incrementan la transmisión y adquisición del SIDA/VIH y otras ETS.

El 82 % de las personas que prueban los cigarrillos lo hacen antes de los dieciocho años. Actualmente, cerca de, 4.5 millones de niños norteamericanos menores de dieciocho años fuman cigarrillo, y a diario, otros tres mil adolescentes empiezan a fumar cigarrillos cotidianamente. El 70 % de los adolescentes que fuman dicen que no empezarían a fumar si pudieran volver a tomar la decisión. Cada año, más de 400,000 personas mueren de enfermedades vinculadas al uso del tabaco más que las todas la muertes vinculadas al Alcohol, crack, Heroína, asesinato, suicidio, accidentes automovilísticos, y el SIDA.

El Alcohol tiene un impacto devastados entre los jóvenes. Cada día mueren ocho jóvenes en accidentes automovilísticos vinculados al Alcohol. En las Carreras Nacionales, 7,738 conductores en estado de embriaguez entre las edades de dieciséis y veinte años sufrieron daños fatales en 1996. Entre más temprano comienza el joven a ingerir Alcohol y mayor es la intensidad y frecuencia con que lo ingiere, mayor es el riesgo de que consuma otras drogas. Dos millones y medio de adolescentes reportaron que no sabían que una persona se puede morir de una sobredosis de Alcohol.

El 71 % de los usuarios de drogas ilícitas de dieciocho años y mayores (7.4 millones de adultos) están empleados, 5.4 millones trabajan jornadas completas y 1.9 millones trabajan media jornada. Los usuarios de drogas reducen la productividad del sitio de trabajo. Se ha comparado el comportamiento laboral de los usuarios de drogas con el de los individuos que no las usan. Entre los usuarios de drogas el absentismo es 66 % mayor, usan los servicios de salud 84 % más en términos de un dólar, las acciones disciplinarias son 90 % mayores, y el índice de cambio de trabajo es sumamente más alto.³⁹

Tanto para los adultos, muchos de los cuales en su calidad de padres no pueden ser alcanzados por otros medios más tradicionales, como para los jóvenes que trabajan mientras estudian, el sitio de trabajo puede servir para canalizar la información sobre la prevención e identificación del abuso de las sustancias. La amenaza de la pérdida del trabajo continua siendo una de las formas más efectivas para motivar al que abusa las sustancia a que busque ayuda. El sitio de trabajo proporciona acceso al tratamiento a muchos empleados (y familias) que buscan atención médica para el problema de drogadicción. Como que la evidencia demuestra que el tratamiento por el abuso de sustancias puede reducir los problemas laborales vinculados y

³⁹ Administración de Servicios para la Salud Mental y el Abuso de Drogas, Estimaciones Preliminares de la Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas, 1995, Estimaciones Preliminares de los Episodios Vinculados a las Drogas en los Departamentos de Emergencia, Avance del Informe Número 17 (Rockville, MD.: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Agosto 1996).

provoca la abstinencia, muchos empleadores auspician programas de atención médica a los empleados, realizan pruebas por el uso de drogas, o tienen procedimientos para detectar el abuso de sustancias y promover un tratamiento temprano.

El abuso de drogas es una carga para la sociedad norteamericana que solo puede ser medida parcialmente. Aunque se evidencia el número de crímenes vinculados a las drogas que ocurren cada año, nunca se podrá evaluar totalmente hasta que punto el comportamiento criminal vinculado a las drogas disminuye la calidad de la vida de las comunidades norteamericanas. A excepción de los homicidios vinculados a las drogas, los cuales han disminuido en los últimos años, los crímenes relacionados con las drogas continúan incrementándose a un ritmo fuerte y constante.

En 1994, se registraron 1.14 millones de arrestos por violación de las leyes antidroga. Un altísimo porcentaje de estos arrestos (75.1 %) fue por la posesión de drogas.

En 1995, entre hombres detenidos en veintitrés ciudades, muestran que el porcentaje que reportó resultados positivos por el uso de cualquier droga variaba entre el 51 % y 83 %. Entre las mujeres detenidas, variaba entre el 41 % y 84 %. Entre los hombres, aquellos detenidos acusados de posesión o venta de drogas tenían mayores posibilidades de obtener resultados positivos en las pruebas para detectar el uso de drogas. Entre las mujeres, aquellas acusadas de prostitución, posesión o venta de drogas tenían mayores posibilidades de obtener resultados positivos en las pruebas para detectar el uso de drogas. Tanto los hombres como las mujeres detenidas por robo, robo armado y de robar vehículos, tenían altos niveles positivos.

A mediados de 1996, había 93,167 reos en las prisiones federales, 1, 019, 281 en las prisiones estatales, y 518,492 en las cárceles. En 1994, el 59.5 % de los reos en las prisiones federales eran delincuentes que usaban drogas al igual que el 22.3 % de los reos de las prisiones estatales. El incremento de la delincuencia vinculada a las drogas ha provocado casi tres cuartas parte del crecimiento total de los reos encarcelados en prisiones federales desde 1980. La mayoría de los delincuentes vinculados al abuso de drogas están encarcelados por la posesión de más drogas que las que podría consumir personalmente, por distribución de drogas o por cometer graves delitos relacionados con la venta de drogas. En 1995, por ejemplo, solo 4,040 personas fueron sentenciadas en las cortes federales por cargos vinculados a la Marihuana; 89.1 % de esos delincuentes enfrentaban cargos de tráfico de drogas.

Los reos en las prisiones federales y estatales estaban bajo la influencia de las drogas cuando cometieron los crímenes. En 1991 las prisiones federales y estatales, encontró que las posibilidades eran mayores de que los delincuentes por drogas, los ladrones, y los asaltantes en las prisiones estatales reportaran haber estado bajo la influencia de las drogas cuando

cometieron el delito; a excepción de los ladrones, las posibilidades de los reos de las prisiones federales hubieran cometido el delito bajo la influencia de las drogas eran menores que las de los reos en las prisiones estatales.

Los delinquentes frecuentemente cometen el delito para mantener el consumo de drogas.

De acuerdo a una encuesta conjunta de 1991 de los reos en las prisiones federales y estatales, se estima que un 10 % de los reos de las prisiones federales y 17 % de los reos de las prisiones estatales reportaron haber cometido el delito para pagar por las drogas.

Narcotráfico en Estados Unidos.- El tráfico de drogas ilícitas frecuentemente está asociado a crímenes violentos. Las razones de esta relación incluyen la competencia por el mercado y los consumidores de la droga, las disputas entre los individuos involucrados en el tráfico de drogas ilegales, y ubicación de los mercados de drogas en áreas marginales donde los controles sociales y legales contra las drogas a menudo no son efectivos. En los últimos años la proliferación de las armas letales ha vuelto mortal la violencia de las drogas.⁴⁰

El lavado de dinero daña las instituciones financieras. El lavado de dinero requiere que se disfracen los activos financieros a fin de utilizados sin que se detecte la actividad ilegal que los produjo. El lavado de dinero proporciona recursos financieros no sólo a los traficantes de drogas sino también a los terroristas, traficantes de armas, y otros criminales que operan y propagan empresas criminales. El tráfico de drogas genera decenas de miles de millones de dólares al año; no se puede calcular con precisión la suma total de dinero involucrado. En septiembre de 1996, estimó que un 60 % de los casos de lavado de dinero que investigaba durante ese año fiscal estaban vinculados a las drogas.

Las drogas ilícitas aún son fácilmente disponibles en todos los Estados Unidos. Si se miden sólo en relación al precio y el nivel de pureza, y mayor disponibilidad de Cocaína, Heroína, y Marihuana que hace una década cuando el número de usuarios de Cocaína y Marihuana era sumamente mayor.⁴¹

Disponibilidad de la Cocaína.- Los cárteles de narcotraficantes colombianos continúan manejando la mayoría de los aspectos del tráfico de Cocaína desde la adquisición de la base, hasta la producción de Cocaína en América del Sur, y su transporte y distribución a los mayoristas en los Estados Unidos. Las pandillas de traficantes en México, que servían

⁴⁰ Buró Federal de Investigación, *El Crimen en los Estados Unidos; 1995: Informes Uniforme de la Criminalidad.*

⁴¹Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Alcohol y Drogas: *Avance del Informe sobre Estadísticas Finales de la Mortalidad 1989, Informe Mensual de Estadísticas Vitales, Vol. 40, No. 8, Suplemento 2 (Hyattsville, MD.: Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1992).*

primordialmente de transportistas de los grupos colombianos, cada vez más asumen un papel prominente en el transporte y distribución de la Cocaína. La distribución de la Cocaína al mayoreo y las redes de lavado de dinero normalmente están organizadas en células múltiples que funcionan en las principales áreas metropolitanas. Frecuentemente estos vendedores están organizados sobre bases regionales, culturales, y étnicas que facilitan la seguridad interna a la vez que sirven una demanda de drogas que permea todos los rincones de la sociedad norteamericana.⁴²

Existen pandillas de delincuentes, como los Crips, Bloods, Dominicans and Jamaicans Posses, propagan la violencia debido al consumo de Cocaína y "crack." La migración de los miembros de las pandillas hacia las ciudades más pequeñas y áreas rurales también ha causado un incremento dramático de los casos de homicidio, robos y asaltos armados en esas comunidades. El precio y la oferta de Cocaína en los Estados Unidos se mantienen relativamente estables. En 1995, los precios de la Cocaína variaban entre \$10,500 y \$36,000 dólares el kilogramo. El promedio de pureza de la Cocaína al nivel de un gramo, una onza y un kilogramo también se mantenía alto. El nivel de pureza de un gramo (al por menor) era aproximadamente 61 % en 1995 a la vez que el nivel de pureza de un kilogramo (al mayoreo) era 83 %.⁴³

Disponibilidad de la Heroína.- La Heroína continúa siendo distribuida fácilmente en muchas ciudades. En 1995, a nivel nacional, los precios al mayoreo variaban entre \$50,000 y \$260,000 dólares el kilogramo. Esta gran variación refleja algunas variables como la relación entre el comprador y el vendedor, la cantidad comprada, la frecuencia de la entrega, y los costos del transporte. La (DEA) Drug Enforcement Administration cita que la compra de Heroína al por menor, indican que en el mercado norteamericano predomina la Heroína del sureste asiático que es muy pura. Sin embargo, la oferta de Heroína suramericana se ha incrementado en forma constante, lo que refleja el hecho que los traficantes colombianos han ganado un nicho en el mercado norteamericano de Heroína.

Se revela que se han incrementado considerablemente los niveles de pureza de la Cocaína. En 1995, el nivel de pureza de la Cocaína al por menor proveniente de cualquier fuente era 39.7 % a nivel nacional, el cual es mucho más alto que el promedio de 7 % reportado hace una década. El nivel de pureza de la Heroína suramericana al por menor era el más alto de todas las fuentes de abastecimiento, con un promedio de 56.4 % a nivel nacional y 76 % en la ciudad de

⁴²Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMHSA), Estimaciones Preliminares de la Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de drogas de 1995. ministración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMHSA), Estimaciones Preliminares de la Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Abuso de drogas de 1995.

⁴³Corporación Rand, Modelando la Demanda de Cocaína (Santa Mónica, Calif.: Corporación Rand, 1994).

Nueva York, un centro importante de importación y distribución. El grado de pureza de la Heroína era generalmente más alto en el Noroeste donde viven un alto porcentaje de usuarios nacionales

Disponibilidad de la Marihuana. La Marihuana es la droga ilícita más fácilmente disponible en los Estados Unidos. Aunque no se ha realizado una encuesta comprensiva del cultivo nacional de Cannabis, la DEA estima que gran parte de la Marihuana que se consume en los Estados Unidos se cultiva internamente. Muy a menudo la Cannabis es cultivada en áreas remotas y en tierras públicas. Los más grandes cultivos al aire libre se encuentran en Tennessee, Kentucky, Hawái, California, y New York. Cantidades considerables de Marihuana también son producidas bajo techo. El ambiente controlado del cultivo bajo techo permite a los cultivadores utilizar técnicas agrónomas sofisticadas para incrementar la potencia de la droga. La mayor parte de la Marihuana en los Estados Unidos proviene de México, parte de ella es introducida de contrabando a través de la frontera suroeste. Sin embargo, se han incrementado los embarques de Marihuana provenientes de Colombia y Jamaica.

La producción y distribución de Marihuana en los Estados Unidos está sumamente descentralizada. Las organizaciones que la trafican varían desde las operaciones complejas que importan la droga, la cultivan nacionalmente y la comercializan en los Estados Unidos, hasta los individuos que la cultivan y la venden al por menor. La Marihuana de alta calidad se encuentra disponible en muchas partes de los Estados Unidos. Los precios varían de acuerdo a la calidad entre cuarenta y novecientos dólares la onza. A lo largo de la década pasada, los precios de la Marihuana bajaron aun cuando se incrementaba la potencia de la droga.⁴⁴

Disponibilidad de la Metanfetamina. La producción nacional y el tráfico de metanfetamina se concentran en las regiones occidentales y sur occidentales de los Estados Unidos. Los laboratorios clandestinos de metanfetamina que operan en los Estados Unidos y México son las principales fuentes de abastecimiento de la oferta para todos los Estados Unidos. Los grupos de gamonales traficantes mexicanos domina la distribución de metanfetamina al por mayor en los Estados Unidos, saturando el mercado occidental norteamericano con metanfetamina de alta pureza. Estos grupos se han convertidos en una fuente de oferta en Hawái, y amenazan con desplazar a los supliores asiáticos tradicionales.

Disponibilidad del LSD.- LSD al por menor se encuentra disponible virtualmente en cada estado y en algunos estados se ha incrementado su disponibilidad. Se cree que las instalaciones donde se produce LSD están ubicadas en la costa occidental de las áreas del norte de California y del

⁴⁴ J.C. Merrill, K. Fox, S.R. Lewis, y G.E. Pulver, Cigarrillos, Alcohol, Marihuana: Puertas de Entradas al Uso de Drogas Ilícitas (New York, N.Y.: Centro sobre la Adicción el Abuso de Substancias de la Universidad de Columbia, 1994).

Pacífico sur occidental. La proliferación de las ventas por del correo ha creado un mercado en el cual los distribuidores no tienen contactos personales con los compradores.

Disponibilidad de Otras Drogas. La producción de PCP se concentra en la mayor área metropolitana de Los Ángeles. Las pandillas que tienen sus bases en las calles de Los Angeles, primordialmente los Crips, continúan distribuyendo PCP a un número de ciudades norteamericanas a través de las operaciones de tráfico de Cocaína. La MDMA, una droga similar a la metanfetamina y conocida en la calle como Éxtasis, XTC, Claridad, Esencia, y Doctor es producida en el occidente de Texas y en la Costa Oeste. Es distribuida a través de los Estados Unidos por correo o servicios de entrega comerciales. Frecuentemente, la MDMA es vendida en pastillas en unidades de 55 a 150 miligramos. El precio al por menor varía entre seis y treinta dólares.⁴⁵

Si bien es cierto que el problema de las drogas en los Estados Unidos es serio, no es comparable con la situación de emergencia de finales de la década de 1970 o la epidemia de Cocaína de la década de 1980. Sólo el 6 % de la población de doce años y mayor de doce años usaba drogas en 1995, lo que representa una reducción en comparación al 14.1 % en 1979. Menos del 1 % usaban Cocaína, inhaladores, o alucinógenos. La droga ilícita más comúnmente usada era la Marihuana. La usa el 77 % de los usuarios de drogas.

A medida que disminuía el uso de drogas en la década de 1980, disminuyó la atención nacional sobre el problema de las drogas.⁴⁶

Se sugiere que los adultos se han resignado al uso de drogas de los adolescentes. De hecho, casi la mitad de los padres de familia de la generación de "bonanza de bebés" esperan que sus hijos adolescentes prueben las drogas. El 40 % cree no tener ninguna influencia sobre la decisión de sus hijos adolescentes sobre si fuman o no fuman cigarrillos, ingieren o no ingieren Alcohol, o usa o no drogas ilegales. Ambas suposiciones son incorrectas. Los padres tienen una enorme influencia sobre las decisiones que toman los jóvenes.

Los Estados Unidos han fracasado en prevenir un resurgimiento del uso de drogas entre los niños en la década de 1990.

⁴⁵ W. Rhodes, P. Scheiman, y K. Carlson, *Lo que los Usuarios Norteamericanos Gastan en Drogas Ilícitas, 1988-1991* (Washington, D.C.: Abt Associates, Inc., contratado por la Oficina de Política Nacional Para el Control de las Drogas, 1993).

⁴⁶ *Inteligencia Nacional sobre Narcóticos del Comité de Consumidores, el Informe de NNICC de 1995: La Oferta de las Drogas Ilícitas en los Estados Unidos* (Washington, D.C.: Administración Antidroga, Agosto 1996).

El problema que representa el incremento del uso de drogas entre los jóvenes norteamericanos, citando el estudio Monitoreo del Futuro, encontró que los estudiantes universitarios y del octavo grado estaban reportando índices más elevados de consumo de drogas en 1992 que en 1991. Peor aún, menos estudiantes del octavo grado perciben grandes riesgos en el uso de Cocaína o crack que los estudiantes de octavo grado en 1991. Desde 1993, toda encuesta significativa del uso de drogas ha aportado evidencia que confirma la continuidad de estas tendencias.

Política internacional.- Luego de la Cumbre de Miami, se realizó la VI Reunión Ministerial Institucionalizada del Grupo de Río y la Unión Europea (sin EE. UU.) En la ciudad de Cochabamba, Bolivia, los días 15 y 16 de abril de 1996, de conformidad con las disposiciones de la Declaración de Roma de 20 de diciembre de 1990, así como con la declaración final de la V Reunión Ministerial celebrada en París el 17 de marzo de 1995. La "Declaración de Cochabamba" estableció lo siguiente:

- 1.- En la Lucha contra las drogas y sus problemas conexos se reafirma y consolida como estrategia el principio de la corresponsabilidad,
- 2.- La necesidad de realizar una Conferencia Extraordinaria de Naciones Unidas sobre el tema de las drogas, que signifique una nueva reflexión mundial sobre la forma de encarar esta lucha en el próximo milenio bajo una acción compartida.
- 3.- La inusual apertura hacia Europa no es otra cosa que la búsqueda de un contrapeso más racional a la diplomacia coercitiva del Gobierno de Washington.

Al principio del presente Capítulo me referí a la certificación internacional, a continuación enlisto los 31 países de la lista roja son "Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití; Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela, Camboya, China, Hong Kong, India, Laos, Malasia, Taiwán, Tailandia, Vietnam, Afganistán, Burma, Colombia, Irán, Nigeria, Siria Paraguay, Líbano y Pakistán.

En 1995 fueron certificados condicionalmente: Paraguay, Líbano y Pakistán y descertificados: Afganistán, Burma, Colombia, Irán, Nigeria y Siria".

B) Holanda.

El desarrollo de la política holandesa sobre la droga

En los años sesenta y setenta aumentó fuertemente el consumo de drogas, como los productos derivados de la planta de cáñamo y los opiáceos, en los países de Europa occidental y en Norteamérica. Muchos temían que esto originaría un problema explosivo de salud pública. Por tal motivo en parte, se establecieron nuevos marcos de gestión tanto nacionales como internacionales, para combatir la droga. A partir de entonces el nivel de consumo de los diferentes tipos y formas de drogas en esos países ha mostrado notables fluctuaciones y cambios recíprocos. En algunos países, el consumo total de drogas registró un aumento ulterior. En otros, entre los cuales se cuenta Holanda, parecía que el volumen de consumo se había estabilizado más o menos según el nivel alcanzado alrededor de 1980.

El consumo de Cannabis y opiáceos no ha disminuido de manera radical, ni menos aún se ha proscrito. Para quienes esperaban que mediante la política enérgica de los poderes públicos se podría proscribir la droga, el resultado ha sido decepcionante. Dadas las experiencias internacionales anteriores adquiridas con el enfoque de mercados de productos o servicios ilícitos, cabía esperar.

En Holanda, en especial por tal motivo, la política seguida ha tenido siempre el objetivo más modesto de mantener bajo control, o hacer controlable, el consumo de drogas de riesgo como problema sanitario y social. Medida según este objetivo, la política holandesa de la droga ha alcanzado buenos resultados. El consumo de las drogas mencionadas no ha tenido aceptación en Holanda a una escala mucho mayor de la que se daba ya en los años setenta y, bajo el aspecto médico, el consumo no ha sido tampoco de índole más grave. Tanto el consumo de Alcohol como el de nicotina exigen, bajo el punto de vista sanitario, tanto en Holanda como en otras partes del mundo occidental, un precio incomparablemente mucho más alto que el consumo de todas las drogas juntas clasificadas bajo la Ley del Opio.

El gobierno holandés de entonces no vio ningún motivo para adoptar como punto de partida el hecho de que cada consumo de las mencionadas drogas incluye ya de por sí inaceptables riesgos sociales colectivos. Semejante juicio dependería a la vez de las circunstancias bajo las cuales se desarrolla y del grado en que el consumo tiene lugar. A base de esta consideración se eligieron, como objetivo central de la política, la prevención y el control de los riesgos colectivos e individuales que emanan del consumo de drogas.

La así formulada política holandesa de la droga ha permanecido inalterada desde entonces. Según esta idea, la administración pública tiene la misión de evitar en lo posible que los ciudadanos jóvenes, en especial, empiecen a consumir drogas, y la tarea de ofrecer asistencia

médica y/o social a los drogadictos problemáticos, con el objeto de aliviar sus apuros (la llamada reducción del mal).⁴⁷

El legislador holandés ha hecho una distinción, a base de consideraciones científicas, entre drogas y riesgos inaceptables para la salud y productos derivados del cáñamo, cuyos riesgos se consideran menos graves (las llamadas drogas blandas y drogas duras, respectivamente). Los intereses a proteger mediante el derecho penal son según la visión holandesa primariamente intereses de la salud pública. Por consiguiente, la política sobre la droga ha sido diferenciada en Holanda según el grado de gravedad del daño de salud potencial que se origina con el uso o abuso de las drogas en cuestión.

El consumo de drogas en Holanda, como en muchos otros países, no es punible de por sí. El consumidor de drogas duras es considerado más como un paciente que como un criminal. De acuerdo con este punto de vista, se ha realizado en Holanda un extenso conjunto diferenciado de facilidades de prevención y asistencia. La justicia ha manejado siempre como punto de partida que para los drogadictos es preferible escoger un tratamiento médico en vez de sufrir una pena privativa de libertad. A pesar de los resultados decepcionantes que se dan a veces, con respecto al tratamiento y/o la reincidencia se ha seguido manteniendo este punto de vista y se han buscado siempre nuevos derroteros para ponerlo en práctica.

La política holandesa con respecto a los toxicómanos va dirigida a limitar el riesgo y el daño, y con ello a la integración social de los drogadictos. La prevención, la asistencia ambulatoria e intramural están en manos de colaboradores expertos que trabajan en el seno de organizaciones dirigidas por profesionales. En Holanda se destinan aproximadamente 160 millones de florines (unos 100 millones de dólares) a la atención de drogadictos (en clínicas y centros de asistencia ambulatoria, entre otros). En comparación con el extranjero, este importe es alto. La asistencia a drogadictos no va dirigida exclusivamente a alcanzar una abstinencia total con todos los adictos, es decir a la deshabituación completa de los ex-adictos, sino que aspira, con relación a los grupos meta descritos ulteriormente, al mejoramiento de su situación médica y a su funcionamiento social, ofreciéndoles por ejemplo buenas facilidades médicas, suministro de metadona, canje de jeringuillas y formas de acogida diurna y nocturna.

Por lo demás, la política holandesa de la droga está orientada igual que en otros lugares a mantener lo más elevada posible la barrera para el consumo de drogas duras, por medio de un enérgico enfoque penal del narcotráfico. La compra de drogas duras tiene lugar en Holanda

⁴⁷ Ali, R.P. Christie (1994):
Report of the National Task Force on Cannabis Canberra, National Drug Strategy, Servicio de Publicaciones del Gobierno australiano.

también en la ilegalidad y la localización de organizaciones criminales que se dedican al tráfico de drogas blandas y duras, constituye una máxima prioridad del cuerpo de policía judicial desde hace muchos años. La gran dedicación de los servicios de localización y control holandeses se desprende, entre otras cosas, de las grandes cantidades de drogas confiscadas. La política sobre la droga sigue, pues, en líneas generales el patrón de lucha internacional. La producción y el tráfico se tratan con mano dura bajo el aspecto penal, de acuerdo con el Tratado Simple de las Naciones Unidas. Anualmente, el ministerio Público trata por término medio 10.000 casos por infracción de la Ley del Opio.

Los esfuerzos que se realizan en el campo del derecho penal constituyen un fuerte gravamen para la policía y la justicia. Expresado en dinero, cada año se invierten 270 millones de florines (algo más de 160 millones de dólares) en la lucha penal contra el narcotráfico. Por otra parte, se gastan 370 millones de florines (unos 225 millones de dólares) en el planteamiento penal de la criminalidad patrimonial cometida por los drogadictos. La capacidad de la organización penitenciaria holandesa ha sido ampliada en los últimos diez años de 5.000 a 12.000 plazas. No es exagerado establecer que la lucha penal del comercio de drogas ha sido la causa principal del aumento del número de penas privativas de libertad impuestas por los jueces.

Verdad es que la administración pública holandesa considera el consumo de drogas blandas como un asunto de pleno riesgo. Sin embargo, debido a la menor gravedad de los riesgos que encierra, la estrategia de control es más matizada que con respecto a las drogas duras. A imitación de algunos estados de los Estados Unidos, entre otros países, la posesión de una cantidad de drogas blandas para autoconsumo ha sido despenalizada, es decir, sancionada con pena como infracción y no como delito grave. De este modo, el legislador ha subrayado que el planteamiento penal del consumo de drogas blandas no tiene que conducir a una estigmatización y a una marginalización social de los consumidores.

La política holandesa con relación al consumo de Cannabis está basada en la suposición de que una transición eventual del consumo de drogas blandas al de drogas duras se debe más bien a causas sociales que fisiológicas. Si los adultos jóvenes quieren consumir drogas blandas y la experiencia ha demostrado que existe realmente esta necesidad entre grandes grupos es mejor que lo hagan, según la visión holandesa, en un marco dentro del cual no entren a la vez en contacto con la subcultura criminal que existe en torno a las drogas duras. Tolerando una oferta que incluya una adquisición relativamente fácil de pequeñas cantidades de drogas blandas para autoconsumo, se aspira a mantener separados entre sí los mercados de consumidores de drogas blandas y drogas duras, quedando elevada de este modo la barrera social para la transición del consumo de drogas blandas al de drogas duras.

En la práctica este punto de partida ha conducido al cabo de algún tiempo a que la justicia tolerara la venta de drogas blandas en casas de jóvenes por comerciantes caseros de confianza. A continuación surgieron los llamados coffee-shops (bares-tiendas) donde, a base comercial, se venden drogas blandas a personas mayores de edad.

En casi todos los países que se ven enfrentados con la problemática de la droga, la policía y justicia tienen que establecer a la fuerza prioridades para localizar y perseguir los delitos de drogas. El comercio internacional de drogas duras en escala mayor tiene por todas partes la máxima prioridad. La prioridad más baja la tiene el comercio minorista y la tenencia de drogas blandas. Esta fijación de prioridades se mantiene, por ejemplo, en grandes partes de los Estados Unidos de América, Alemania, Gran Bretaña y Francia. Muy pocas veces se instruye en estos países un atestado por la tenencia de pequeñas cantidades de drogas blandas. La posesión de una cantidad de algunos gramos para autoconsumo ha sido despenalizada de facto. En Alemania, por ejemplo, la tenencia de una existencia de Cannabis para uso propio ya no se persigue más como delito, en virtud de la jurisprudencia del Bundes Verfassungsgericht de Karlsruhe (9 de marzo de 1994).⁴⁸

En los centros donde los jóvenes suelen salir de noche y en la vecindad de los mismos, en las grandes ciudades de los países mencionados, se comercian y se consumen drogas blandas en gran escala.

La disponibilidad de drogas blandas para jóvenes en las ciudades del mundo occidental es grande por todas partes. Como queda dicho, para proteger a estos consumidores contra el circuito criminal se confiere en Holanda a la localización y persecución judicial, también del comercio al por menor de drogas blandas que satisface determinados criterios rigurosos, una prioridad tan baja que puede decirse que de hecho no se interviene. También en otras partes se deja tranquilo, en realidad, al comercio al por menor de drogas blandas tal es por ejemplo el caso en estados federales de la vecina Alemania - pero esta baja prioridad ha sido establecida en Holanda, de acuerdo con los principios nacionales de enjuiciamiento criminal, en una detallada directiva pública del ministerio Público.

Esta política de tolerancia oficial no se funda en una actitud más condescendiente no digamos positiva con respecto al consumo de drogas blandas. La base de esta política es la consideración de que tolerando bajo condiciones claras la venta de drogas blandas, se

⁴⁸ Basman y Van Es (1993); Bles et al., 1993; OMS agencia regional para Europa, 1992; Comunidad Europea, Comisión de las Comunidades Europeas, 1992; Bossong, 1994; Van Cauwenberghe et al, 1993.

contrarresta el consumo por parte de los jóvenes de sustancias tóxicas más peligrosas. También la política relativa a los coffeeshops está bajo el signo de la reducción del mal.

Al emitir un juicio sobre la política holandesa de la droga hay que contemplar principalmente los resultados obtenidos en la práctica. La información estadística acerca del consumo de drogas se funda en estimaciones debido al carácter ilícito de las mismas. Estas estimaciones se basan, por ejemplo, en información proporcionada por la policía y los centros asistenciales. También existe, Sin embargo, un número oculto de toxicómanos que no están en contacto con ninguna entidad. El verdadero volumen del consumo se estima a veces en parte por medio de encuestas a la población. Debido a su carácter ilícito, las personas que se interrogan en semejantes encuestas no reconocerán siempre que consumen drogas. Por otra parte, precisamente los grupos más problemáticos tampoco estarán adecuadamente representados a menudo en el sondeo.

Por lo general puede admitirse que la administración pública y la ciencia tienen una imagen más completa del consumo de ciertas drogas a medida que tal consumo revista un carácter menos ilícito. Como ya se ha expresado, a partir de los años setenta la tenencia de drogas blandas ha sido despenalizada en Holanda. El consumo de drogas duras tiene lugar en efecto en la ilegalidad, pero la prestación de ayuda está muy generalizada en Holanda y es de fácil acceso. La prestación de ayuda admite que sostiene un contacto regular con dos tercios por lo menos de todos los drogadictos. A base de estas circunstancias, puede decirse que la visión que tiene la administración pública holandesa sobre el volumen y carácter del consumo de drogas es buena en comparación con otros países.

Si en este orden de cosas se cuenta con la información estadística disponible acerca del consumo de drogas en diferentes países, se obtendrá la imagen siguiente.

El consumo de drogas blandas en Holanda no se diferencia en cuanto a volumen y carácter del patrón que existe en otras partes del mundo occidental. En los últimos años, el consumo en los EE.UU., por ejemplo, es de nuevo bastante más elevado que en Holanda. Esto puede decirse igualmente por lo que se refiere a los menores de edad. La despenalización en los años setenta tampoco condujo entonces a un aumento del consumo entre la juventud. Por otra parte, el objetivo de la política holandesa de proteger a adultos jóvenes, que en una determinada fase de su vida desean consumir drogas blandas, contra el peligro que existe en el mundo de las drogas duras, ha resultado además realista. Sólo una parte muy pequeña de los jóvenes que consumen drogas blandas pasa a consumir drogas duras. La idea anunciada por algunos de que el consumo de productos de tipo Cannabis crean de por sí la necesidad fisiológica o psíquica de

ingerir también drogas duras, la llamada teoría de la pasadera (stepping stone theorie) ha sido desmentida en Holanda por los desarrollos reales.⁴⁹

Los jóvenes holandeses que usan drogas blandas se dan perfectamente cuenta de los mayores riesgos que encierra el consumo de drogas duras, como la Heroína, y por eso no se lanzan pronto a experimentar con ellas. La parte de los adictos a las drogas blandas que pasa a consumir a la vez drogas duras es en Holanda relativamente bajo. La teoría de la pasadera debe considerarse a la luz de estas experiencias como uno de los muchos mitos que corren acerca del consumo de drogas. Un mito que bajo ciertas circunstancias podría convertirse en una profecía: midiendo sistemáticamente con el mismo rasero el consumo de derivados del cáñamo y las drogas duras, como Heroína y Cocaína, puede estimularse precisamente, pues, que los fumadores del Cannabis entren en contacto con drogas duras. Mediante esta equivalencia se mina, además, la credibilidad de la información sobre drogas a la juventud.

Por más divididas que estén las opiniones acerca de la política de la droga, existe un amplio consenso acerca del criterio final, según el cual puede juzgarse la efectividad de cada política nacional. Ni qué decir tiene que ésta es la extensión y movimiento del número de adictos a las drogas duras y en particular del número de consumidores de drogas duras menores de 21 años.

Cifras internacionales prevalecientes y comparativas con relación a las drogas duras

País	Cantidad de adictos	Millones habitantes	Por mil de población
Holanda	25.000	15,1	1,6
Alemania	100.000/120.000	79,8	1,3/1,5
Bélgica	17.500	10,0	1,8
Luxemburgo	2.000	0,4	5,0
Francia	135.000/150.000	57,0	2,4/2,6
Gran Bretaña	150.000	57,6	2,6
Dinamarca	10.000	5,1	2,0
Suecia	13.500	8,6	1,6
Noruega	4.500	4,3	1,0

⁴⁹ Backenheimer, M., L.D. Harrison, J.A. Inciardi (1995): Cannabis use in the United States, implications for policy Delaware, Universidad de Delaware

Suiza	26.500/45.000	6,7	4,0/6,7
Austria	10.000	7,8	1,3
Italia	175.000	57,8	3,0
España	120.000	39,4	3,0
Grecia	35.000	10,1	3,5
Portugal	45.000	10,0	4,5
Irlanda	2.000	3,5	0,6

El número de adictos a las drogas duras se estima en Holanda por diversos expertos en 25.000 aproximadamente. Esta cifra equivale a 1,6 por mil de la población. Debido en parte al alcance relativamente alto de la ayuda holandesa a los drogadictos, esta estimación, como queda dicho, es fiable. Una comparación más exacta con el número de adictos a las drogas duras en otros países europeos no resulta factible debido a inseguridades de índole metodológica. Cabe aceptar que en otros países donde el alcance de la prestación de ayuda es más limitado, el número oculto es mayor que en Holanda.

Los cálculos disponibles indican de todos modos que el número de adictos a las drogas duras en Holanda, por 100.000 habitantes, es bajo en comparación con la media aritmética europea que sería de 2,7. El tanto por mil holandeses, es mucho más bajo que, por ejemplo, el de Francia, Gran Bretaña, Italia, España y Suiza.

Resulta particularmente satisfactorio comprobar que en Holanda el número de heroínómanos menores de 21 años, también en los grupos vulnerables, es relativamente bajo, y que continúa disminuyendo en los últimos años. Tampoco ha tenido amplia aceptación el consumo de tipos baratos de Cocaína, como se temía años atrás, con motivo de la evolución experimentada en los Estados Unidos, entre otros países.⁵⁰

El aumento de consumidores jóvenes se ve frenado probablemente también por la imagen de perdidos que han adquirido los heroínómanos. La presencia de toxicómanos mayores gravemente envilecidos en algunos barrios socialmente vulnerables constituye una antipropaganda convincente para el consumo de Heroína. La carencia de acciones represivas por parte de la policía contra los adictos, puramente por su consumo de drogas, y el suministro

⁵⁰ ANSA-expediente (1994)
Organized Crime, Conferencia NACIONES UNIDAS,
Nápoles, noviembre 21-23, 1994.

fácilmente accesible del sustitutivo metadona, evitan que el modo de vida de los toxicómanos sea contemplado por los jóvenes como una expresión de resistencia social o cultural.

El número de muertes en Holanda por sobredosis de drogas es bajo. Según un informe de las Naciones Unidas, el número de muertos por el consumo de drogas ascendió en Holanda en 1991 a 42. En Bélgica fueron 82, en Dinamarca 188, en Francia 411, en Alemania 2.125, en Italia 1.382, en el Reino Unido 307, en España 479. En los Estados Unidos ascendió a 5.830. El número de muertes causadas por las drogas, por 100.000 habitantes, es, pues, en otros países por lo menos dos veces mayor. Esta cifra no muestra en Holanda, a diferencia de otros lugares del mundo, ningún incremento.

En Holanda se da, en proporción, un número limitado de casos de SIDA entre los toxicómanos. En los países de Europa meridional, principalmente, el porcentaje de personas infectadas por el SIDA, entre los drogadictos, es notablemente más elevado. Por la accesibilidad de la oferta de ayuda, incluido el canje de jeringuillas y la extensa información que se suministra en Holanda, se ha manifestado una considerable reducción de los riesgos con relación al uso intravenoso de drogas. La participación de los toxicómanos en la población total de personas VIH positivas es relativamente pequeña.

Según una investigación, casi el 60% de las prostitutas heroínómanas utilizan actualmente condones, contra un 20% en 1986. De ello emana una acción preventiva con respecto a la propagación del SIDA fuera de los grupos de riesgo primarios.

También en cuanto a la mortalidad y morbilidad entre los toxicómanos, resulta pues ventajosa para Holanda una comparación con la problemática de la droga en países vecinos. La llamada política de reducción del mal, bajo lo cual pueden incluirse también, entre otras cosas, los programas de suministro a gran escala de metadona y canje de jeringuillas, que Holanda inició ya en los años setenta, ha arrojado relativamente buenos resultados. Esta política ha contribuido a la vez a la limitación de la epidemia del SIDA.⁵¹

Por todo ello parece justo concluir que con la política holandesa sobre la droga se han cosechado resultados concretos en cuanto a la salud pública.

Complicaciones y nuevas tendencias

⁵¹ Ameljden, E. van (1994): Evaluation of AIDS prevention measures among drug users; the Amsterdam experience Wageningen, Holanda, Ponsen y Loojfen

A pesar de que bajo la perspectiva internacional la situación no es desfavorable en términos de salud pública, el consumo de drogas constituye también en Holanda un problema social y administrativo de dimensión grave y aguda. Al abordar el problema se presentan tres complicaciones: la problemática de la molestia, la criminalidad organizada en torno al tráfico de drogas y la crítica extranjera sobre los supuestos y reales efectos externos.

En primer lugar, una pequeña parte de los adictos a la droga dura causa mucha molestia a sus conciudadanos. Este grupo comete gran cantidad de delitos patrimoniales a fin de conseguir dinero para la compra de sus estupefacientes. Contrariamente a lo que se esperaba, el suministro de metadona, fácilmente adquirible, al que ha procedido Holanda, apenas ha producido un mejoramiento de la situación. Aproximadamente el 20 % de los drogadictos muestra un estilo de vida sumamente desagradable. Su conducta vagabunda, su (poli) drogadependencia y criminalidad constituyen elementos que se fortalecen mutuamente. Mediante la venta de drogas, la criminalidad relacionada con la droga y las formas de comportamiento inconformista de los toxicómanos, como el abandono de jeringuillas en la calle, se traspasan crónicamente los umbrales de la tolerancia, sobre todo de los habitantes de los barrios socialmente vulnerables. En algunos casos ello ha dado lugar a que los ciudadanos tomaran la justicia por su mano, por ejemplo, expulsando de su barrio a los drogadictos (y/o cerrando la calle a los narcoturistas franceses).

El consumo de drogas no puede proporcionar nunca, por supuesto, carta blanca para causar daños y molestias a conciudadanos. La administración pública tendrá que poner coto a la criminalidad y a la molestia que causa una parte de los drogadictos, cualquiera que sean los objetivos de la política de la droga que se lleve a cabo. Con miras también a la clara extensión del grupo meta - aproximadamente 5.000 toxicómanos muestran un modo de vida extremadamente asocial - el gobierno considera suya la tarea de obtener resultados a corto plazo y ofrecer de este modo una perspectiva para una solución permanente de este mal.

En algunos municipios, la población se queja también de la molestia con motivo de la presencia de la presencia de coffeeshops, que atraen a corrientes de visitantes (también extranjeros), que arman escándalo y se comportan de modo asocial. La molestia relacionada con los coffeeshops es de otra índole que la causada por el escenario de las drogas duras. Se trata en parte de una molestia que se manifiesta en establecimientos de hostelería en general. En algunos municipios, Sin embargo, a causa entre otras cosas del narcoturismo extranjero, se manifiesta una molestia excesiva para los vecinos que habitan alrededor de coffeeshops. Para esta molestia no existe ninguna justificación.

Estos efectos secundarios de la política que se sigue con respecto a los coffeeshops minan la base social al respecto. También por esta razón tendrán que ser eliminados. Esto rige a fortiori

para la molestia causada por bares que tienen licencia para bebidas alcohólicas y que venden también Cannabis. Se deberá actuar también más enérgicamente contra los coffeeshops que desempeñan actividades ilegales, como tráfico de drogas duras y armas. Los límites de la política de tolerancia se tendrán que trazar con mayor nitidez.

La segunda complicación es el surgimiento de organizaciones criminales que se dedican al transporte y venta de drogas. Si bien, por definición, se carece de cifras exactas sobre tales organizaciones, no cabe duda de que, en los últimos decenios, los criminales profesionales que se dedican parcial o principalmente al comercio de drogas han podido ampliar fuertemente sus actividades tanto a nivel internacional como en Holanda. Se calcula que a nivel mundial, el narcotráfico representa ganancias anuales por un valor de aproximadamente 500 mil millones de florines (unos 300 mil millones de dólares). Los cálculos aproximados del volumen anual de ventas de drogas blandas y duras en Holanda difieren bastante entre sí. El cálculo mencionado en la Nota 'Criminalidad Organizada: aspecto de amenaza y plan de tratamiento' (documentos parlamentarios II 1992-1993, 22838, núm. 1), de 5,5 mil millones de florines por año, parece ser que ha de considerarse ahora como un importe mínimo. Los cálculos más actuales mencionan una cifra de 10 mil millones de florines (unos 6 mil millones de dólares). El aumento de la importancia económica de la criminalidad organizada se desprende también del hecho de que, en 1994, las instituciones financieras cursaron 2600 comunicaciones al llamado 'Centro de Comunicación de Transacciones Inusuales' (Meldpunt Ongebruikelijke Transacties), que fueron continuadas luego a justicia con la calificación de transacciones 'sospechosas'. La mitad aproximadamente de estas transacciones sospechosas guardaba relación con el tráfico de drogas.

La creciente actividad y el poder económico de organizaciones criminales, que operan con frecuencia a nivel internacional, constituyen una amenaza para el estado de derecho democrático. Esta amenaza suscita, por supuesto, contrarreacciones por parte de la administración pública, p.ej., en la forma de mayores atribuciones y recursos adicionales para la policía y la justicia. Por otro lado, también se recurre a la banca y a profesiones libres de cierta relevancia, para la prevención y localización de prácticas de blanqueamiento de dinero. Los importes en cuestión representan una suma tan elevada que la integridad de algunas partes de la economía se ve sometida a una prueba cada vez más dura. Para la política se suma a ello el complicado factor de que las corrientes financieras hacen cada vez menos caso de la existencia de fronteras nacionales.

El alcance de las intervenciones penales y preventivas se hace gradualmente mayor. Esta evolución significa inevitablemente que en pro de la causa pública se piden sacrificios a las empresas y a los ciudadanos individuales en la forma de cargas adicionales y restricciones de derechos y libertades civiles. Para poder protegerse contra esta contraofensiva común, las

organizaciones criminales tratan a su vez de corromper a colaboradores de la policía, justicia y banca, así como también a quienes ejercen profesiones libres. Esto conduce a continuación a tener que introducir o agudizar normas de conducta éticas. El círculo vicioso que se ha puesto en marcha en torno al tráfico de drogas acarrea cada vez mayores gastos sociales. En algunas partes de los Estados Unidos, los gastos del sistema penitenciario afectan de tal modo al presupuesto estatal que con ello se amenaza tener que dejar relegadas otras previsiones públicas, como la enseñanza, por ejemplo. Según algunos críticos, los gastos de la política de la droga no estarían en proporción razonable con los beneficios. La encuesta parlamentaria que se lleva a cabo en la actualidad, entre otras cosas sobre la admisibilidad de los métodos que se aplican para localizar organizaciones criminales, se dirige asimismo en este sentido hacia ciertos efectos secundarios controvertibles de la política con respecto al narcotráfico.

La tercera complicación la constituyen los efectos internacionales de la política holandesa. La crítica a veces dura de gobiernos extranjeros sobre la política holandesa se basa en parte en insuficientes conocimientos de la materia. Como respuesta al respecto, tendrán que proyectarse mejor a nivel internacional los objetivos y efectos reales de la política holandesa de la droga. Asimismo la crítica proviene de una visión fundamentalmente diferente sobre la tarea de la autoridad con relación al consumo de sustancias arriesgadas por ciudadanos adultos. Esta clase de diferencias se manifiesta también en la política de las autoridades europeas con relación a la regulación de los mercados de bebidas alcohólicas y cigarrillos.

Además, existen diferencias de parecer sobre los riesgos médicos de ciertas drogas. La opinión del legislador holandés, de que los derivados del Cannabis acarrearán menos riesgos para la salud que las drogas duras, y por tanto requieren otro enfoque, no se ve compartida tampoco totalmente en el seno de la Unión Europea. Unos informes extranjeros de fecha reciente, redactados por prestigiosos expertos en el dominio de drogas, apoyan la diferencia que hace el legislador holandés entre drogas blandas y drogas duras. La crítica que procede de opiniones sobre riesgos sanitarios, acerca de las cuales no se puede encontrar más apoyo en la literatura científica, no ha de constituir, por supuesto, una base para adaptar la política holandesa. La reacción al respecto ha de consistir en programas de intercambio científicos y administrativos.⁵²

El carácter ideológico de una parte de la crítica extranjera no puede ocultar que en la política holandesa existen lados problemáticos con los cuales se ve enfrentado el extranjero. Con el comercio de ciertas formas de drogas, Holanda y los holandeses ocupan indiscutiblemente una posición más que proporcional. Según estimaciones de la policía, hay en Holanda unas cien organizaciones criminales activas y su mayor parte trafica también en drogas.

⁵² informe 'Comunidad y Criminalidad' (1985)

En las organizaciones criminales que se dedican también al comercio de drogas duras, los habitantes de origen extranjero que sostienen estrechos vínculos con organizaciones criminales en su propio país, están excesivamente representados. Las organizaciones a las cuales pertenecen principalmente holandeses autóctonos despliegan sobretodo actividades en el comercio de drogas blandas. En este respecto se trata sólo de una pequeña parte para abastecer el propio mercado doméstico. Los holandeses están implicados, además, en el tránsito y comercio internacional de drogas blandas. Holanda es a la vez un importante productor de anfetaminas y XTC.

Las causas de la implicación de Holanda en el tráfico de drogas coinciden en parte con la situación geográfica del país. Para muchos productos, Holanda es la principal Puerta de Entrada a Europa. Debido, entre otras cosas, a su carácter cosmopolita, Ámsterdam, en particular, es también un punto de encuentro internacional. No puede evitarse totalmente que las infraestructuras existentes sean utilizadas también para el comercio de drogas. La administración pública holandesa realiza grandes esfuerzos para localizar y perseguir el narcotráfico internacional a través de los puertos marítimos y del aeropuerto de Schiphol (Ámsterdam). La participación en investigaciones internacionales de localización será reforzada en los años venideros mediante la institución de un equipo nacional de policía judicial, entre otras cosas. Sin embargo, dado el volumen y rapidez de las corrientes de mercancías, no se logrará nunca que, por ejemplo, Róterdam, ni ningún otro puerto mundial, quede completamente 'libre' de drogas.⁵³

Entre las autoridades de algunos países vecinos existe preocupación por los efectos internacionales de la política holandesa. Principalmente los precios relativamente bajos por los que pueden adquirirse en los últimos años algunas drogas duras en Holanda y desde hace poco también en Bélgica así como la exportación de existencias de drogas blandas compradas en coffeshops holandeses, constituyen una especie de piedra filosofal.

Los precios bajos de la Heroína en el mercado ilegal no pueden atribuirse sin más a la política seguida en Holanda con relación a la producción o transporte. A diferencia de lo que a veces se cree en el extranjero, en Holanda se localiza de forma intensa y se castiga con severidad el tráfico de drogas duras. La rápida ampliación de la capacidad de complejos penitenciarios da testimonio de ello. El factor crucial lo constituye la oferta agobiadora de drogas duras en los mercados internacionales, como se afirma también en los informes periódicos de las Naciones Unidas. El precio en el mercado de consumo se determina en parte por la demanda local de

⁵³ Bjeleman, B., J. Snippe, E. de Ble (1995a):
Drugs binnen de grenzen, harddrugs en criminaliteit in Nederland; estimaciones del volumen Groninga/Rotterdam, Stichting Intraval

ciertos tipos de drogas. En Holanda, igual que en otros países, se viene observando en los últimos tiempos una fuerte disminución de la popularidad de la Heroína, mientras que también se suministran sustitutivos en gran escala, como metadona a la población existente de viejos adictos. Cabe admitir que la disminución de la demanda de Heroína ejerce un efecto que presiona los precios hacia abajo. Sin embargo, esto no quita que los precios bajos de las drogas duras atraigan al narcoturismo y que por tales motivos, en parte, constituyen un asunto inquietante. La intensificación de los esfuerzos de localización relativos principalmente a las drogas duras, con inclusión del XTC, es necesaria.

Los coffeeshops atraen, con seguridad en los municipios fronterizos, a clientes innegablemente extranjeros. Entre los países con una política de carácter diferente con respecto a la venta de bebidas alcohólicas u otros productos, como armas, se origina un tráfico fronterizo orientado específicamente hacia este efecto. Mientras existan diferencias en cuanto a la política seguida, no será posible evitar totalmente semejantes fenómenos de contrabando.

Ahora que en el marco del tratado de Schengen se ha acordado respetar las diferencias existentes en la política nacional de los estados miembros con relación a la droga, es conveniente que estos efectos secundarios sean aceptados hasta cierto límite. Con el acuerdo de Schengen, Sin embargo, el gobierno holandés ha aceptado la obligación de combatir todo lo posible con la ejecución de su propia política, los indeseables efectos secundarios internacionales. De la administración pública holandesa puede exigirse que realice los esfuerzos necesarios para limitar a un mínimo la exportación de drogas blandas adquiridas en las 'tiendas'. El vecino mundo exterior responsabiliza con derecho y razón a Holanda en este respecto.

Dados los resultados obtenidos, relativamente favorables, no existen razones a juicio nuestro para someter fundamentalmente a discusión la política holandesa sobre la droga, que va dirigida en primer lugar hacia un control de los perjuicios para la salud. Tampoco existen motivos para modificarla en el fondo. Con los cambios radicales se corre incluso el riesgo de ejercer un efecto contraproducente sobre la salud pública. Las tres complicaciones anotadas - la problemática de la molestia, la criminalidad organizada en torno al comercio de drogas y la crítica extranjera sobre determinados efectos externos - obligan a efectuar un minucioso análisis de los problemas que se presentan en la práctica de su ejecución y a una adaptación de los mismos a determinadas partes.

En el programa de gobierno se ha acordado continuar el enfoque relativamente acertado del problema de la droga y que habrán de introducirse matices en el mismo y ensayar nuevos caminos. La lucha contra la molestia recibirá además atención especial.

Las adaptaciones de la política seguida son asimismo necesarias en relación con las circunstancias continuamente cambiantes, tanto por parte de la compra como de la venta en los diversos mercados narcóticos. Las modificaciones en la composición y en los trasfondos sociales de los grupos de consumidores y el surgimiento de nuevas drogas exigen nuevas medidas. La estabilización de la población heroínómana en Holanda tiene por consecuencia que la atención a los drogadictos haya de dirigirse hacia los viejos clientes con problemas físicos y psíquicos. Como se ha mencionado, la Heroína ha perdido mucha popularidad entre los jóvenes, en tanto que el volumen de adictos primarios a la Cocaína al parecer se mantiene reducido. Por el contrario, las drogas sintéticas, como el XTC, hallan más aceptación, tanto en las reuniones de las llamadas house parties como fuera de las mismas. Estas drogas exigen un nuevo enfoque.

Finalmente, parece ser que también ha cambiado la actitud de la población con respecto a los drogadictos. Por un lado se ha producido cierta habituación a determinadas formas de consumo de drogas. Por otro, la drogadicción se considera cada vez menos como una excusa para la causa de daños a otros. La tolerancia para la criminalidad, la molestia y otro comportamiento asocial de toxicómanos ha disminuido.

Precisamente con la política pragmática holandesa sobre la droga corresponde un alto grado de franqueza, sentido crítico y flexibilidad. Frente a las complicaciones que se producen y a las nuevas tendencias, tendrán que obtenerse respuestas adecuadas, es decir, realistas.

En los debates nacionales sobre las complicaciones que se presentan con la política holandesa sobre la droga se ha abogado por diferentes lados en favor de una legalización de gran alcance o incluso total de la venta de drogas blandas y drogas duras. El gobierno ha reflexionado acerca de la conveniencia y posibilidad de las propuestas de legalización y ha llegado a las conclusiones siguientes.

De acuerdo con las opiniones holandesas sobre la nocividad de las diferentes formas de drogas, conviene, para empezar, hacer una distinción entre la legalización eventual de drogas duras y la de drogas blandas, respectivamente. La nocividad de las drogas duras trae consigo la existencia de objeciones esenciales contra cambios de política que pudieren conducir a un incremento del número de consumidores debido a los riesgos para la salud pública. Este inconveniente pasa fácilmente desapercibido entre los partidarios de la legalización. Aunque no existe seguridad al respecto, hay que temer, sin embargo, que la legalización, cualquiera que sea la modalidad que se escoja, proporcionará un aumento de la disponibilidad de las drogas en cuestión. Al mismo tiempo, la juventud lo interpretará como una señal de que la nocividad es menor de lo que se esperaba. De este modo se crea el peligro de que aumente el número de jóvenes que empiecen a consumir drogas duras para verse luego enganchados. El gobierno no está dispuesto a asumir este riesgo.

Todavía hay otras contraindicaciones. Después de cierta forma de legalización, los precios de las drogas duras en los mercados legales e ilegales restantes, según toda probabilidad, serán notablemente más bajos en Holanda que en los países vecinos. Ante tal situación será inevitable que aumente el inadmisibles turismo narcótico que ya vienen condenando ahora los gobiernos de los países vecinos y los ayuntamientos holandeses. La molestia en conexión con los toxicómanos no disminuirá, sino que tal vez será incluso mayor.

Al mismo tiempo, es de temer que el objetivo que se persigue, de que por la venta legal de drogas duras disminuya el narcotráfico criminal, resulte ilusorio si sólo en Holanda se decide legalizar las drogas. En la situación actual, el suministro de drogas al mercado nacional holandés no constituye más que una de las actividades de las grandes organizaciones criminales. Mientras continúe existiendo en algún lugar de Europa un mercado lucrativo para las drogas ilícitas, Holanda, como país de tránsito central, tendrá que vérselas con un comercio ilícito de drogas a cargo de organizaciones criminales holandesas e internacionales y con la necesidad de actuar en contra de ello. Las ventajas que pueda aportar la legalización, sólo se presentarán probablemente si otros países hacen otro tanto. Tampoco es seguro, ni mucho menos, que en semejante situación las organizaciones criminales se muestren menos activas. Muchas organizaciones desplazarán sus actividades criminales hacia otros sectores. En breve, el gobierno holandés rechaza la legalización de drogas duras.

También con respecto a las drogas blandas, los argumentos sobre la salud pública juegan un papel, pero éstos son de menos peso.

Se ha demostrado que la venta más o menos libre de cantidades de drogas blandas destinadas al autoconsumo en Holanda no ha conducido a un consumo mucho mayor que en los países que aplican una política muy represiva en este aspecto. La diferencia radica en el hecho de que en Holanda el consumidor de productos de Cannabis con frecuencia gente joven no se criminaliza. Las consecuencias del consumo de Cannabis son menos dañinas que las del uso de drogas duras. No obstante, también el consumo de Cannabis encierra peligros, que pueden ser perjudiciales especialmente para la juventud.

El paralelo con sustancias como la nicotina y el Alcohol es obvio en este respecto. Esta comparación habrá de manifestarse también en la política. Se ha procurado reducir el uso de nicotina y del Alcohol limitando algo la oferta y desalentándolo, entre otras cosas, mediante la información, pero no prohibiéndolo totalmente. No se considera tampoco deseable cerrar todos los coffeeshops, ni la liberalización total de la venta de Cannabis.

La política se dirigirá a desanimar el consumo en la medida de lo posible, por ejemplo reduciendo el número de coffeeshops, imponiendo límites de edad a la venta y prohibiendo su

establecimiento en la vecindad de los centros docentes, así como intensificando la información acerca de los efectos perjudiciales del Cannabis.

Los tratados ratificados por Holanda no dejan ningún espacio para legalizar la venta de drogas para fines recreativos. El tratado de las NACIONES UNIDAS de 1988, en especial, obliga a la penalización del cultivo de Cannabis. En el Acuerdo de Schengen se ha convenido que los tratados del opio de las NACIONES UNIDAS serán observados íntegramente. De las partes firmantes del tratado y organizaciones internacionales involucradas no cabe esperar una interpretación condescendiente de las obligaciones que rigen para Holanda en el tratado. La legalización no sólo requiere la rescisión por parte de Holanda de los tratados en cuestión sobre el opio, sino también del Acuerdo de Schengen, que exige la observación de estos tratados. Así, pues, debido a las obligaciones vigentes del tratado, la introducción de un sistema de licencias es una vía intransitable.

Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que los países vecinos se verán enfrentados inevitablemente con los efectos externos de semejante política. Se podrá temer, por ejemplo, que una parte del transporte reglamentado vaya a parar de manera ilícita al extranjero.

Debido a la eliminación de riesgos empresariales de derecho penal, la legalización del cultivo, del comercio y de la venta de drogas blandas originará, además, precios aún más bajos en el mercado holandés, lo que avivará el narcoturismo en lugar de templarlo. No puede alegarse tampoco que esto sea una agradable perspectiva para los municipios.

Más a nuestro modo de ver ha llegado el momento de que dentro de las posibilidades que ofrece el derecho de los tratados, puede y debe crearse más claridad sobre los límites dentro de los cuales los explotadores de los coffeeshops puedan desplegar sus actividades. Los coffeeshops han demostrado en Holanda su derecho de existencia en los últimos veinte años y por lo tanto necesitan ser reglamentados. Esto implica, no sólo un perfeccionamiento de las directrices del Ministerio Público con respecto a la localización y persecución judicial de delitos opiáceos, sino también una reglamentación ulterior de carácter administrativo.

Es preferible mejorar la política actual, que es acertada en el aspecto de salud pública, en lugar de hacer un ajuste radical con todas las ventajas y desventajas inseguras del caso. La política holandesa de la droga continuará dirigiéndose de manera primaria, dentro de los límites establecidos en los tratados internacionales, hacia la prevención y la reducción del mal. A base de una evaluación minuciosa de los resultados alcanzados y de los problemas actuales se harán en este informe propuestas sobre cambios políticos.

La molestia causada por las drogas como resultado de la presencia de toxicómanos holandeses y extranjeros, tendrá que ser reducida de manera efectiva a corto plazo. Esto requiere una dedicación coordinada de la administración, el ministerio público, las instituciones asistenciales, la policía y el servicio de extranjería. No se dejará de adoptar medidas radicales donde fuere necesario.

El surgimiento de la criminalidad organizada constituye una amenaza para el estado de derecho democrático. El estado de derecho holandés tendrá que seguir resistiéndose contra ello a brazo partido, también en un marco internacional, sin renegar con ello, por supuesto, de sus propios principios normativos.

La localización y persecución judicial del narcotráfico continúan constituyendo una primera prioridad de la policía y justicia de Holanda.

La atención a los drogadictos tendrá que ser renovada debido, entre otras cosas, a los cambios en la problemática, como el envejecimiento de los heroinómanos y surgimiento de las drogas sintéticas.

El número de adictos a la Heroína se estima en Holanda, como queda dicho, en unos veinticinco mil. Si se tiene también en cuenta el número considerablemente elevado de toxicómanos que no entran de ningún modo en contacto con los centros asistenciales o la justicia, este cálculo será algo mayor, a saber, veintisiete mil. En comparación con otros países europeos y ciertamente con los EE.UU. No puede decirse como se ha expresado más arriba - que las cantidades estimadas sean elevadas

El subgrupo de adictos primarios a la Cocaína ha aumentado algo en los últimos años, pero continúa siendo limitado. Esto se refiere también al consumo de tipos más baratos de Cocaína.

Aproximadamente el 65 % de los drogadictos están en contacto con los servicios asistenciales. Se estima que tres cuartos de los heroinómanos entre estos clientes reciben con más o menos regularidad el substitutivo metadona.

El consumo de XTC (MDMA) entre los escolares ha aumentado fuertemente en los últimos años. En 1992, el 3,3% de los escolares de 12-18 años de edad había consumido alguna vez XTC. El consumo dominante es incidental y recreativo. El consumo frecuente se da entre grupos específicos de jóvenes vulnerables, como los clientes del servicio asistencialista para la juventud.

El consumo de XTC puede ocasionar graves y agudos daños a la salud, como calentamiento excesivo y deshidratación, a veces incluso con desenlace fatal. Al mismo tiempo puede causar

graves perjuicios al hígado y a los riñones. Debido a estos riesgos para la salud, el XTC ha sido clasificado entre las drogas duras. También otras menos conocidas, las llamadas drogas sintéticas pueden constituir una amenaza para la salud pública. La rápida evolución experimentada en el campo de la psicofarmacología conduce a que se introduzcan cada vez en el mercado nuevas drogas para fines recreativos. Un desarrollo positivo es el hecho de que los consumidores de tales estupefacientes adoptan una actitud crítica como consumistas que desean correr el menor riesgo posible. Ulteriores de estas drogas y a suministrar una información más intensa.

Existe la impresión de que la mayor parte de la molestia y la parte leonina de los robos y de los robos con fractura, calificados como criminalidad adquirida, corren a cargo de toxicómanos y que todos los drogadictos se ganan el sustento cometiendo hechos delictivos. Esas impresiones están lejos de ser exactas.

Por lo que se refiere a los drogadictos extranjeros que cometen actos punibles, entre los cuales se cuentan pequeños traficantes y mensajeros de drogas, es evidente la localización, persecución judicial y enjuiciamiento o transferencia de persecución criminal, expulsión inmediata y, en la medida de lo posible, declaración de persona no grata⁵⁴

Con respecto a la prevención no se sabe con seguridad, por falta de suficiente material de evaluación, cuáles son los resultados específicos de los diferentes esfuerzos que se realizaron en los años pasados. Precisamente debido a que el campo de trabajo de la prevención primaria y secundaria es cada vez más amplio, tiene que ponerse en claro cuáles son las intervenciones eficaces y cuáles no lo son. Por consiguiente, se fomentarán la efectividad y eficacia de la prevención.

Para la drogadicción puede decirse particularmente que prevenir es mejor que curar. La investigación científica demuestra que el hecho de disponer entre los jóvenes de un suficiente conocimiento del riesgo a base de información objetiva, constituye el decisivo factor preventivo.

La pieza de cierre de la prevención tendrá que consistir en actuar con mayor endurecimiento en el aspecto penal contra los narcotraficantes que operan en escuelas o en la vecindad de los centros docentes o se valen de alumnos para su comercio. El ministro de Justicia encargará al ministerio Público que tome en consideración este asunto en su política de localización y persecución judicial. La venta de drogas duras a la juventud será penalizada en grado mucho mayor.

⁵⁴ . art. 21 de la Ley de Extranjería.

La política de la droga blanda y los coffeeshops

Volumen e índole del consumo de Cannabis

La despenalización de la tenencia de drogas blandas que tuvo lugar en 1976 no condujo a un aumento del consumo. En los primeros años después de la modificación de la Ley del Opio se estabilizó el nivel de consumo. Según cifras nacionales, el consumo volvió a aumentar en el decenio 1984-1994. En otros lugares se observa el mismo movimiento ondulatorio. En los Estados Unidos se ha manifestado incluso un fuerte aumento en los últimos años. El consumo en Holanda no difiere mucho, ni en cuanto a elevación ni tendencia, del de otros países. El consumo parece verse determinado primariamente por modas en el seno de la cultura internacional de la juventud y otros desarrollos autónomos, como el volumen del desempleo prolongado entre los jóvenes. De la política de la droga que sigue el gobierno y la disponibilidad de drogas que corre parejas con ello, emana una influencia determinada.

El número de personas en Holanda que consume regularmente Cannabis, lo estima el 'Instituto Holandés para Alcohol y Drogas (NIAD) en 675.000.

Como se ha expuesto, la cantidad de consumidores de drogas blandas ha aumentado después de haber experimentado una disminución en los años setenta. La mayor parte del patrón de consumo es de índole recreativa. Entre grupos específicos de jóvenes, como los que faltan a la escuela frecuentemente y los que no tienen hogar, puede decirse que el consumo de Cannabis es muy elevado e intensivo.

La política que se ha llevado a cabo en Holanda parece que no ha conducido a un aumento del consumo. Existen, Sin embargo, indicios de que la existencia de coffeeshops de acceso libre contribuye a que ciertos consumidores continúen usando drogas durante más tiempo.

Las cifras prevaletentes acerca del volumen consumista dentro de algunos grupos de población, proporcionan de por sí poca o ninguna información acerca de los aspectos problemáticos del consumo. Sobre los efectos del Cannabis existe actualmente mucha literatura científica. El efecto principal del Cannabis es la influencia que ejerce en el ánimo, el conocimiento y la memoria. El efecto depende de la dosificación y del modo de usarlo. Además de efectos eufóricos, tranquilidad y relajación - en virtud de lo cual en los Estados Unidos y otros países se prescribe Cannabis para fines medicinales - se producen disminuciones en la capacidad de concentración, la vigilancia y el funcionamiento de la memoria*.

La toxicidad física del Cannabis es reducida. No se dan casos de muerte por sobredosis ni de dependencia física. Puede producirse dependencia psíquica, pero no puede compararse según

su frecuencia y grado, con la dependencia psíquica que va emparejada con el consumo de Heroína, Cocaína, o Alcohol y nicotina. El uso de Cannabis trae menos agresividad que el consumo de Alcohol. El uso de Cannabis no es necesario que constituya un escalón hacia el consumo de drogas duras. La cantidad de incidentes causados por una sobredosis aguda asciende a unas decenas por año. Su tratamiento es sencillo y en la mayor parte de los casos puede limitarse a conducir al consumidor a un lugar tranquilo y suministrarle una sedante, si fuese necesario.

El número de personas que por su consumo de Cannabis solicita ayuda a los consultorios para Alcohol y drogas (CAD) ha aumentado en los últimos años. En 1993 se hallaban inscritas en estos consultorios 1749 personas debido a problemas por el consumo de Cannabis. Esto equivale al 3% del total de clientes inscritos de la asistencia a drogadictos. Se estima que se trata de 1 a 2 % de los consumidores intensivos de Cannabis, es decir, de quienes usan Cannabis diez o más veces por mes.

El total de hechos y circunstancias de consumo conocidos actualmente da lugar a la conclusión de que los riesgos del consumo de Cannabis no se califican de por sí ya como 'inaceptables', a diferencia de los riesgos que se refieren al consumo de drogas duras, como la Heroína.

Sin embargo, con respecto al consumo de Cannabis hay que tener cuidado. El Cannabis es popular entre los jóvenes, es decir entre los consumidores que se encuentran en una fase de vida en la cual los riesgos se exploran en forma activa. La presión social actual sobre el adolescente para realizar una buena actuación en la escuela o en el trabajo es grande debido a que cada vez se imponen mayores exigencias de formación. Por otro lado, para algunos grupos, las perspectivas de un empleo duradero y del correspondiente nivel y relaciones sociales son inseguras. En este contexto, las probabilidades de un consumo excesivo de Cannabis son también mayores.

Especial atención merece el efecto que ejerce el Cannabis en los escolares. Verdad es que existe el convencimiento de que un consumo incidental ocasiona pocos problemas, pero también que el consumo de Cannabis a diario dificulta realizar una buena actuación en la escuela.

Las cifras de ventas anuales relacionadas con el transporte, la comercialización nacional, la (re)exportación y el comercio de tránsito de drogas blandas ascenderían en total aproximadamente a 6,5 mil millones de florines (3,9 mil millones de dólares). Por último cabe mencionar todavía que los holandeses también están involucrados en otros lugares del mundo en especial en el comercio de drogas blandas. Esta última actividad pertenece en primer lugar a la jurisdicción de la justicia en los países en cuestión.

Reglamentación de los coffeeshops⁵⁵

La venta de pequeñas cantidades de drogas blandas que al principio sólo se permitía en centros de jóvenes en grandes partes del país, poco a poco ha pasado a manos de explotadores comerciales. Debido a ello, el comercio minorista de drogas blandas experimentó un alto vuelo en los años ochenta y noventa.

Los coffeeshops, como se ha manifestado en la introducción, han demostrado que pueden contribuir a la deseada separación de los mercados del comercio minorista en drogas blandas y drogas duras. Los de por sí valiosos coffeeshops han aumentado, Sin embargo, tanto en cantidad como en molestia. Una parte de los mismos se halla, además, bajo la influencia de organizaciones criminales.

En algunos municipios, los vecinos del barrio se quejan de la molestia que causan estos establecimientos debido a los clientes que merodean, al ensuciamiento que se origina y por la animación del tráfico. Los coffeeshops situados en los centros urbanos dan como se comprende menos motivo de quejas que los de los barrios. La molestia se produce principalmente en los municipios fronterizos a causa de la clientela extranjera, que no pocas veces se conduce con agresividad e intimidación.

Existe mucha crítica sobre el establecimiento en la vecindad de escuelas e instituciones de jóvenes. De vez en cuando se originan quejas sobre la venta de drogas duras dentro o en la vecindad de esas 'tiendas'. La venta de drogas duras se opone diametralmente a la política que lleva el gobierno, como quedó establecido en la directiva sobre coffeeshops del ministerio Público, en 1994.

Contra este estado de cosas, el ministerio Público actuará con mayor dureza. Las altas concentraciones de coffeeshops en algunos municipios causan no sólo molestias, sino que fomentan además la venta de drogas duras. Debido a estas concentraciones, el producto del comercio de drogas blandas resulta demasiado pequeño para realizar una explotación rentable. Las altas concentraciones son también indeseables por este motivo. La imagen de las cosas que tienen algunos informadores extranjeros de que en los coffeeshops holandeses también se venden regularmente drogas duras, es por lo demás contrario a la verdad.

⁵⁵ Bielman, B., L. Schakel, E. de Bie, J. Snippe (1995b): *Wolken boven koffleshops, inventario de la molestia en torno a los coffeeshops y desarrollos en la política municipal sobre el Cannabis Groninga/Rotterdam, Stichting IntraVal*

La política del derecho penal - como fue expresada en octubre de 1994 en la directiva 'Política de investigación criminal concerniente a los coffeeshops, Boletín Oficial del Estado 1994, núm. 203, por los procuradores generales, va orientada a apoyar la política establecida en la deliberación tripartita local con respecto a los coffeeshops. Bajo condiciones estrictas - ninguna publicación, ninguna venta de drogas duras, ninguna molestia, ninguna venta a jóvenes menores de 18 años de edad y ninguna venta mayor de treinta gramos por transacción, por persona no se actuará para penalizar a personas que se ocupan de la venta de drogas blandas en establecimientos de hostelería 'secos' (ningún Alcohol) sobre los cuales se ha alcanzado concordancia en la deliberación tripartita. El punto de partida en este respecto es que únicamente puede entrar en consideración para ello la hostelería seca.

Resumen comparativo de drogas ilícitas confiscadas

1994	HO	FR	ALE	B	E
Heroína(Kg.)	246	661	1590	137	824
Cocaína (Kg.)	8200	4743	767	479	3899
Cannabis (Kg.)	238258	58014	25694	59904	219195
Anfetaminas (Kg.)	215	80	120	23	32
Drogas sintéticas/ pastillas (x1000)	143	329	30	61	314

Las cantidades de drogas confiscadas no constituyen por supuesto una medida correcta de los esfuerzos de localización realizados y de los éxitos conseguidos, pero los datos holandeses ponen claramente en evidencia que la policía y la aduana holandesas no permanecen inactivas. El desarrollo de métodos analíticos para un control eficaz por parte de la aduana de los contenedores, por ejemplo, que se transportan a los puertos marítimos y de los pasajeros que entran al país a través de los aeropuertos, arrojan sus frutos. En 1994, las cantidades de drogas confiscadas por la aduana aumentaron en un 58% con respecto al año anterior. En los primeros siete meses de 1995 se han intervenido de nuevo cantidades de drogas considerablemente mayores que en el mismo período de 1994. Con las autoridades de las Antillas Neerlandesas se deliberará acerca de la posibilidad y la forma en que puede intensificarse el control de las exportaciones de drogas en la ruta aérea hacia el aeropuerto internacional de Schiphol (Amsterdam).

Conclusiones

En la política holandesa de la droga que se ha seguido en los últimos veinte años, la importancia de la salud pública ha figurado siempre en primer lugar. Si se mide según este fin, esta política puede considerarse acertada. La despenalización por la posesión de cantidades de drogas blandas para uso propio y la presencia de centros de venta que son tolerados bajo determinadas condiciones no ha dado lugar a un nivel de consumo inquietamente alto entre la gente joven. Los consumidores de drogas blandas, por lo general, no están dispuestos, además, en concordancia con la intención de la llamada política de separación de mercados, a experimentar con el consumo de drogas duras, como Heroína o Cocaína. El consumo de Heroína o Cocaína se da muy poco entre los holandeses menores de edad y, además, en medida descendente. Esta evolución resalta favorablemente frente a la de la mayor parte de los países europeos. En esta diferencia debe buscarse tal vez también la explicación para la divergente composición del debate público en Holanda y en algunos otros países. En Holanda, el problema de la droga no se experimenta más en primer lugar como una inmediata amenaza para la salud pública, sino como una fuente de molestia. En la definición y experiencia holandesa actual del problema encaja mejor un enfoque más pragmático y administrativo.

La política fuertemente orientada hacia la prevención y atención con respecto a los drogadictos ha contribuido a que la situación sanitaria de los adictos residentes en Holanda resalte también de manera favorable frente a la de países vecinos. La infección con el virus VIH entre los drogómanos está menos extendida en Holanda que en otras partes y va disminuyendo. La mortalidad entre los drogadictos holandeses es baja y no aumenta como en muchos otros países de Europa. En los resultados alcanzados hasta la fecha, el gobierno holandés ve motivos para continuar, en sus rasgos característicos, la política pragmática que ha seguido hasta la fecha y que va orientada hacia el control del perjuicio de la salud.

Entre tanto, Sin embargo, se han manifestado algunas complicaciones desfavorables que obligan a introducir adaptaciones en algunas partes. La molestia criminal y otras clases de molestias, causadas por drogadictos holandeses y extranjeros, ha traspasado el límite crítico en muchos municipios y por tal motivo tiene que ser disminuida. Debido a estos efectos secundarios se mina, además, la base social de la política orientada hacia la integración social de los consumidores. La política holandesa de la droga seguirá apuntando en los años venideros hacia la lucha contra las consecuencias desfavorables del consumo de drogas para la salud pública, pero a la vez tendrá por objeto reducir la molestia social que viene causando.⁵⁶

⁵⁶ Cohen, P.D.A. (1995):

También la fuerza de atracción que ejerce el mercado holandés de drogas sobre consumidores de los países vecinos y la crítica que en parte evoca por ello en otros países la política holandesa calificada de tolerante, exigen que se introduzcan adaptaciones. Por último, la creciente implicación de organizaciones criminales en el transporte y venta de narcóticos tiene preocupados a muchos tanto en la propia Holanda como en el exterior. El creciente poder económico de la criminalidad organizada constituye en Holanda también un problema grande y urgente.

La discusión sobre la legalización⁵⁷

Desde hace algún tiempo, en la sociedad holandesa se oyen voces que piden la despenalización total de la producción y venta de drogas. De este modo, se dice, bajarán fuertemente los precios de las drogas, debido a lo cual las organizaciones criminales perderían su fuente de ingresos más importante. Al mismo tiempo, los toxicómanos ya no necesitarían cometer más delitos patrimoniales para disponer de dinero para la compra de drogas ilícitas.

El gobierno es de opinión que si se autoriza la venta libre de drogas duras, existe el peligro de que un mayor número de jóvenes que se encuentran en circunstancias socialmente vulnerables pasaran a consumir tales drogas, con todos los riesgos correspondientes para la salud. El gobierno considera que estos riesgos constituyen ya de por sí un motivo suficiente para rechazar tal opción de gestión. El número gratamente reducido y cada vez más pequeño de drogadictos menores de 21 años de edad no debe ponerse en juego. El número reducido de drogadictos menores de edad que se da en las ciudades holandesas constituye pues un importante logro de la política holandesa de la droga.

Con respecto a las drogas blandas, la situación es algo diferente. Las experiencias holandesas con respecto a los coffeeshop han demostrado que una mayor disponibilidad de estas drogas no ha producido de por sí un aumento inadmisible del consumo. Estos bares-tienda desempeñan para los jóvenes una función social útil como válvula de seguridad frente al

Cannabisgebruikers in Amsterdam

Voordracht landelijke congres gemeentelijk gedoogbeleid softdrugs, (Ponencia congreso nacional de drogas blandas toleradas), 7 de junio de 1995.

⁵⁷ Europese Gemeenschap (Comunidad Europea); Comisión de las Comunidades Europeas (1992):

Tweede rapport over het terugdringen van de vraag naar drugs in de Europese Gemeenschap, Bruselas, Unión Europea.

GGD Rotterdam (1995):

Rotterdams Drugs Informatie Systeem, cijfers over 1994:

Rotterdam, GGD afdeling Onderzoek en epidemiologie.

Grinspoon, Lester, James B. Bakalar (1995):

Marihuana as Medicine; a plea for reconsideration

The Journal of the American Medical Association, vol. 273, núm. 23, June 21

Henrion, R. (1994):

escenario criminal que existe en torno a las drogas duras. Así, pues, cabe preguntarse si no se debería proceder a la legalización del transporte de drogas blandas a estas 'tiendas'. Una liberalización sin más, es decir permitir que se comercialice en forma total el tráfico de drogas blandas, lo consideramos indeseable. El consumo ha de ser desalentado, entre otras cosas por medio de la información. Se podría pensar en la introducción de un monopolio estatal o un sistema de licencias. Esto tendría seguramente sus ventajas. El papel de las organizaciones criminales con los coffeeshops podría reducirse. Sin embargo, contra esta opción se oponen complicaciones y obligaciones que emanan de tratados internacionales a los que Holanda se ha comprometido.

La organización de un sistema de licencias acarrea grandes cargas de ejecución y control. De una legalización eventual del cultivo y/o comercio de drogas blandas se originaría probablemente una fuerza de atracción debido a lo cual aumentaría la molestia causada por los narcoturistas extranjeros. Con formas de legalización que se limiten a Holanda habrá de tenerse en cuenta, además, que continuará existiendo la criminalidad organizada orientada hacia el tránsito a otros países y que habrá de ser combatida, pues, de igual forma.

Para el gobierno holandés las desventajas pesan más que las ventajas prácticas. Los inconvenientes eventuales en torno a los coffeeshops pueden solucionarse mejor dentro de las posibilidades existentes en los tratados de estupefacientes mediante adaptaciones de la política de enjuiciamiento criminal del ministerio Público, en combinación con una regulación administrativa.

El gobierno habrá de esforzarse para participar del modo más eficaz posible en los debates europeos e internacionales relativos a la política de la droga. En este orden de cosas tiene alta prioridad el suministro de información factual acerca de los trasfondos y resultados de la política holandesa. Sin embargo, según la opinión del gobierno holandés, el espacio para la influencia de la discusión europea es más reducido de lo que a menudo se suele pensar. Las consideraciones normativas, que se han determinado cultural e ideológicamente, desempeñan en esta discusión inevitablemente un gran papel.

La contribución holandesa a la discusión internacional y europea, considerada conveniente por el gobierno, sobre las ventajas y desventajas de la legalización de drogas blandas ha de efectuarse con prudencia y con una adecuada relativización de las propias opiniones. El enfoque habrá de consistir, entre otras cosas, en entablar contactos con socios estratégicos en el extranjero.

Representantes del mundo empresarial holandés que se inquietan por las consecuencias económicas de la política seguida por el gobierno de Holanda pueden contribuir a esta discusión internacional.

C) España.

En España, durante las últimas décadas, la percepción social de los problemas de drogas ha formado una parte importante del imaginario colectivo, de tal manera que la droga ha venido ocupando un lugar central entre los asuntos que han marcado la evolución de nuestras sociedades en estos años. Pero la realidad se ha modificado -objetivamente- y las percepciones sociales también. Han aparecido en nuestro contexto nuevas sustancias; han cambiado los patrones de consumo; la convivencia cotidiana ha matizado la visión de los problemas y se han puesto en marcha actuaciones y respuestas variadas.

La investigación La percepción social de los problemas de drogas en España, se centra en cómo los consumos de drogas y las drogas en sí mismas forman parte de nuestras realidades cotidianas.

A partir de la teoría sociológica, pero también a partir de la experiencia histórica, sabemos que las representaciones sociales sobre las drogas forman una parte sustancial del cómo cualquier sociedad convive con las sustancias y los diferentes consumos, por encima incluso de sus componentes objetivos. La propia definición de los problemas, en qué consisten y el que sean considerados más o menos graves, independientemente de cuál sea su manifestación objetiva, dependen en gran medida de cómo son percibidos, vividos, interpretados e integrados por el conjunto de los ciudadanos.

El análisis cuantitativo se basó en una encuesta realizada sobre una muestra aleatoria, representativa de la población española entre 15 y 65 años. Fue diseñada para poder inferir resultados al conjunto de la población citada, garantizando un nivel de confianza del 95.5% para los resultados generales, con un margen de error máximo establecido de $\pm 2.38\%$. En total se entrevistó a 1.700 personas, a las que se accedió finalmente en su domicilio, por un procedimiento de rutas aleatorias.

El diseño de la muestra se realizó mediante estratificación en dos fases, de tal manera que los resultados son representativos tanto de las diferencias que establece la distribución territorial de la población, como de aquellas otras que corresponden a los distintos grupos de edad y género de la sociedad española.

La segunda parte del análisis, la cualitativa, se realizó mediante 10 grupos de discusión, cada uno compuesto por ocho-nueve personas desconocidas entre sí y seleccionadas en base a una distribución previa de edades, género, estatus socio-económico y hábitat de residencia. Con estos grupos, de lo que se trata es de analizar, a posteriori, cómo se construye, argumenta y consolida la comunicación sobre el tema tratado. De este análisis no se extraen conclusiones sobre la representación cuantitativa de las opiniones sino las conclusiones sobre cómo y por qué se producen discursos diferentes entre los distintos grupos. Sin entrar a detallar la abundante información obtenida, sí podemos resaltar que, en los últimos años se ha producido una importante transformación de la percepción social de las drogas en España.

Una parte de esta transformación está consistiendo en que, frente al rechazo frontal y la demanda de medidas extremas para erradicar el problema (fundamentalmente de consumo marginal de Heroína), los cambios en las sustancias y la convivencia cotidiana con realidades más cercanas y menos estereotipadas han generado la aparición de un grupo importante de la población (cerca al 39%) que afronta las drogas desde posturas realistas que, sin aceptarlas en sí mismas, considera que hay que convivir con ellas tratando de paliar los problemas que se originen. Junto a esta posición, convive la de un grupo, en otros momentos mayoritario y ahora en franco retroceso (38%), que sigue considerando que hay que rechazar frontalmente las drogas y otro en crecimiento (17%) que las acepta absolutamente.

En esta misma línea, la consideración sobre la peligrosidad de las drogas distingue perfectamente entre las diferentes sustancias; sobre todo entre los más jóvenes, la valoración de los consumidores ha cambiado radicalmente: son personas más cercanas y "normales", y no "delinquentes" como en el pasado. Frente a la prohibición del consumo, algunas sustancias (como el Cannabis) empiezan a contar con un grupo creciente de partidarios de su flexibilización normativa.

Las prevalencias en los consumos

Los resultados obtenidos en las tres primeras variables sobre los consumos son los que se recogen en la Tabla A 1.1.

Tabla A 1.1 El consumo de drogas en España, en población de 15 a 65 años, en %

		Alguna vez	Últimos 12 meses	Habitualmente
*	Tabaco	74.3	55.0	44.3
*	Alcohol	83.2	72.8	32.9
*	Cannabis	27.3	13.3	4.8
*	Anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis	7.2	2.8	0.2

* Tranquilizantes e hipnóticos	6.1	2.8	1.1
* Cocaína y crack	7.2	3.5	0.7
* Heroína y otros opiáceos	1.2	0.3	0.2
* Ninguno y no compete	13.8	21.2	44.5
Total	220.3	171.5	128.4

* Suman más de cien por ser unas preguntas de respuesta múltiple.

De los datos recogidos en la tabla cabe señalar lo siguiente:

Tan sólo un 13.8% de la población española de 15 a 65 años indica no haber consumido nunca ninguna sustancia, o dicho de otro modo el 86.2% sí han consumido alguna (o algunas) de estas drogas alguna vez en su vida. Un 21.2% no las consumió en los últimos doce meses y un 78.8% sí lo hizo. Finalmente, un 44.5% señala que no las consume habitualmente, mientras que un 65.5% sí lo está haciendo en la actualidad.

En el período de los último doce meses, que es un indicador bastante robusto, la sustancia más consumida fue el Alcohol (78.2%), a la que siguió el tabaco (55%). La tercera droga más consumida fue la Cannabis (13.3%), a la que siguen la Cocaína y el crack, las anfetaminas-drogas de diseño y alucinógenos, y los hipnosedantes (entre un 3.5% y un 2.8%). Y ya con un uso muy minoritario la Heroína y otros opiáceos (0.3%).

Finalmente, en el uso habitual hay que señalar que es el tabaco (diario u ocasional) el que tiene una prevalencia más alta (44.3%), seguido en esta ocasión del Alcohol (32.9%). La Cannabis, con un 4.8%, y los hipnosedantes, con un 1.1%, serían las otras sustancias con un mayor uso habitual. La Cocaína y el crack, las anfetaminas-drogas de diseño y alucinógenos, y la Heroína y otros opiáceos tienen ya un consumo habitual más minoritario (entre el 0.7% y el 0.2%).

Aunque, como ya hemos dicho anteriormente, la presente encuesta no tiene una finalidad (y una metodología) estrictamente, epidemiológica, los datos obtenidos están bastante en la línea de los de otros estudios, Ésos sí más epidemiológicos, realizados también en 1998 (Andalucía, Galicia y la Comunidad Valenciana), y que, con relación a otros indicadores de opinión y actitudes, ya se han citado en los capítulos de este informe.

El consumo de drogas alguna vez y en los últimos doce meses, según la Encuesta Domiciliaria del PNSD (1997) y la Encuesta Nacional de Percepciones Sociales (1998), en %

	PRESENTE	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS 12 MESES
Tabaco	74.3	68.5	55.0
Alcohol	83.2	89.9	72.8
			45.0
			77.7

Cannabis	27.3	21.7	13.3		
Anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis	7.2	5.8	2.8		
Tranquilizantes e hipnóticos	6.1	*	2.8	3.2	
Cocaína y crack	7.2	3.6	3.5	1.7	
Heroína y otros opiáceos		1.2	1.0	0.3	

Aunque en esencia los datos de ambas encuestas están en una misma línea de sustancias de consumos mayoritarios y minoritarios, hay unas diferencias que bien podrían deberse a la distinta metodología empleada (la elección entre una u otra sigue siendo un problema aún no resuelto).

En nuestra investigación, en lo que se refiere al abandono del consumo de las distintas sustancias podemos ver lo siguiente (Tabla A 1.3):

Tabla A 1.3 Abandonos del consumo sobre el total de la muestra

	%
* Tabaco	10.4
* Alcohol	4.9
* Cannabis	3.8
* Anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis	1.3
* Tranquilizantes e hipnóticos	1.1
* Cocaína y crack	1.5
* Heroína y otros opiáceos	0.8
* Ninguno y no compete	76.2
Total	
Base	100.0
(1.700)	

Las sustancias en las que se ha producido una mayor proporción general en los abandonos de sus consumos han sido el tabaco (10.4%) el Alcohol (4.9%) y la Cannabis (3.8%). En las restantes (Cocaína y crack, anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis, hipnosedantes y Heroína y otros opiáceos) los abandonos han oscilado entre el 1.5 y el 0.8%.⁵⁸

⁵⁸ Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Grupo Iglia y colaboradores. Madrid: FAD, Barcelona: Ajuntament 2000. 455 p.; 24 cm. ISBN: 84-87806-96-1

Estos porcentajes de abandonos son coherentes, en términos absolutos, con los niveles alcanzados por los consumos de cada tipo de sustancias, aunque no en todas significan lo mismo, pues en el caso de las sustancias de uso más minoritario tienen en sí mismas una importancia relativa mucho más relevante. Por ejemplo, el 0.8% de abandono de la Heroína supone las tres cuartas partes de los que la han usado alguna vez (1.2%), mientras que los 10.4 puntos porcentuales del tabaco representan tan sólo la séptima parte de los que han fumado alguna vez (74.3%).

El perfil de los consumidores de cada tipo de drogas⁵⁹

Para poder definir el perfil de los consumidores de drogas en un período de tiempo cercano y, a la vez, razonablemente amplio, se ha escogido el indicador de los últimos doce meses. Y para que las diferencias obtenidas sean suficientemente significativa ($P < .05$ o más) se han tenido que unificar las bases de los consumos de las variables Cocaína-crack y Heroína-otros opiáceos.

Una vez cruzado este indicador con las distintas variables independientes, y con una significación entre $P < .05$ y $P < .001$, podemos ver que los perfiles obtenidos son los que se recogen en la Tabla A 1.4:

Tabla A 1.4: Perfil de los consumidores de las distintas drogas, en los últimos doce meses, en % ($P < .05$ a $P < .001$)

DROGAS LEGALES		DROGAS ILEGALES	
TABACO	55.0%	CANNABIS	13.3%
Hombres	63.4	Hombres	16.2
20-24 años	63.5	15-19 años	28.7
25-34 años	62.7	20-24 años	29.8
35-44 años	62.5	Profesionales y trabajadores	14.6
Empresarios y profesionales	63.7	Parados	22.5
Trabajadores y parados	65.0	Estudiantes	26.7
Estudiantes	57.0	Agnósticos y no creyentes	36.1
Agnósticos y no creyentes	68.7	De izquierda radical	36.5
Católicos no practicantes	57.7	De centro-izquierda	15.9
De izquierdas	71.1	Insatisfechos en su trabajo	18.6

⁵⁹ Varios Autores
 Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2000
 2 Vol., 19 cm.

De centro	59.7	Con problemas familiares	27.2
Con problemas en el trabajo	69.0	Muy dependientes del grupo	15.3
Con problemas familiares	66.7		
ALCOHOL	72.8%	ANFETAMINAS, ALUCINÓGENOS Y DROGAS DE SÍNTESIS	
	2.8%		
Hombres	82.3	Hombres	4.1
15-24 años	81.0	15-19 años	5.6
Y 25-34 años	79.0	y 20-34 años	4.8
Empresarios y profesionales	83.1	Trabajadores	3.7
Trabajadores y parados	77.8	Parados	6.6
Estudiantes	78.8	Estudiantes	3.4
Agnósticos y no creyentes	89.1	Agnósticos	5.8
Católicos no practicantes	76.0	No creyentes	17.0
De izquierdas	82.9	De izquierda radical	13.5
De centro	76.5	De centro	3.6
Con problemas en el trabajo	81.4	Con problemas en el trabajo	5.8
Con problemas familiares	87.1	Con problemas familiares	6.1
Insatisfechos con su tiempo libre	75.3	Muy dependientes del grupo	6.5
Muy dependientes del grupo	75.2		
HIPNOSEDANTES	2.8%	COCAÍNA-CRACK Y HEROÍNA-OTROS OPIÁCEOS	3.8%
	4.2	Mujeres	
		Hombres	5.6
35-44 años	3.6	15-19 años	6.5
55-65 años	4.4	20-24 años	8.2
Empresarios y profesionales	3.5	25-34 años	4.6
Amás de casa	3.4	Empresarios y profesionales	5.3
Pensionistas	4.1	Parados	6.0
Parados	5.3	Agnósticos	6.8
Católicos practicantes	4.9	No creyentes	17.0
No creyentes	9.8	De izquierda radical	17.6
De izquierda radical	6.8	De centro-izquierda	4.3
De derechas	4.7	De extrema derecha	6.2
Con problemas en el trabajo	4.1	Problemas en el trabajo	6.6
Con problemas familiares	4.5	Con problemas familiares	9.5

Según los datos de la Tabla A 1.4, podemos ver que el perfil de los consumidores de las sustancias legales, tabaco y Alcohol, es muy similar: principalmente hombres, personas jóvenes y de mediana edad; estudiantes y población activa (profesionales, empresarios, trabajadores y parados); católicos no practicantes y agnósticos y no creyentes; de izquierdas y de centro; algo

más los que tienen problemas de trabajo y familiares, que los que no los tienen; para el Alcohol, como singularidad, los muy dependientes del grupo de iguales.⁶⁰

En el otro grupo de sustancias legales, los hipnosedantes, encontramos otro tipo de perfil: en esta ocasión especialmente las mujeres (con una cuarta parte de hombres), personas de mediana edad y mayores, población activa (empresarios, profesionales y parados) pero, sobre todo, no activa (amas de casa y pensionistas); católicos practicantes y no creyentes; de izquierda radical y de derechas; con problemas en el trabajo y familiares.

Finalmente, el tercer tipo de perfil diferenciado sería el de los consumidores de drogas ilegales, con un amplio segmento común y alguna singularidad. Son rasgos comunes la edad joven (entre 15 y 34 años), principalmente hombres, aunque también un tercio de mujeres; población activa, parados y estudiantes; agnósticos y no creyentes; de izquierda radical y centro-izquierda. Y, especialmente, los que tienen problemas laborales y familiares.

Como singularidad cabe destacar a los empresarios y profesionales en el grupo de consumidores de Cocaína, a los profesionales en este último grupo y el de usuarios de Cannabis, a los trabajadores y estudiantes entre los que consumen Cannabis y anfetaminas-drogas de síntesis. Y a los parados en los tres grupos de consumidores de drogas ilegales. También hay que señalar a los muy dependientes del grupo en el consumo de Cannabis y anfetaminas-drogas de síntesis. Por último, un segmento de extrema derecha en el grupo de personas que consumen Cocaína y Heroína.

El Policonsumo

Es bien sabido que una parte importante de los consumidores de las distintas sustancias no usan una sola, sino que hacen un uso múltiple de diversas drogas. A partir de los datos de la Tabla A 1.5 (una vez eliminados los que no consumieron ninguna droga) las medias de drogas consumidas por cada persona consumidora, en los tres indicadores considerados, son las que se recogen en la siguiente Tabla A 1.5.

Tabla A 1.5 Número medio de drogas tomadas por cada consumidor

Alguna vez	2.36
Últimos doce meses	1.91

⁶⁰ Información general para la prevención de drogodependencias.
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
Madrid: FAD, 1997. 102 p.; 24 cm.
ISBN 84-87806-80-5.

Habitualmente 1.49

Obviamente, cuanto más amplio es el período de tiempo considerado, mayor es en general la media de asociaciones de drogas que han podido hacerse; oscilando, como puede verse en el cuadro entre un máximo de 2.36 para el período de alguna vez y un mínimo de 1.49 en el consumo habitual.

El indicador de los últimos doce meses es, sin duda, el más robusto, pues reúne a la vez cierta amplitud y cercanía. La media de asociaciones de drogas, en este período, fue de 1.91. Esta media y este periodo de tiempo serán los que utilizaremos, a continuación, como referencia, para profundizar un poco más en el fenómeno del policonsumo.

En lo que se refiere a la media de asociaciones que establece cada tipo de drogas con las demás, las medias obtenidas son las siguientes (Tabla A 1.6):

Tabla A 1.6: Media de asociaciones de cada droga con las demás, en las situaciones de policonsumo

Sustancias	Medias asociaciones
Tabaco	1.22
Hipnosedantes	1.37
Alcohol	1.86
Cannabis	2.10
Anfetaminas-alucinógenos-drogas de síntesis	2.86
Cocaína y crack	3.29
Heroína y otros opiáceos	4.27
Media general:	1.91

Como puede observarse, las drogas que tienen unas medias de asociaciones más altas son la Heroína y otros opiáceos y la Cocaína y el crack. En un lugar intermedio tenemos a las anfetaminas-alucinógenos-drogas de síntesis y a la Cannabis. Todas estas drogas ilegales están por encima de la media general. Y ya por debajo de esta media encontramos a las drogas legales: los hipnosedantes, el Alcohol y el tabaco. Esta ordenación de los usos múltiples de drogas es la misma que se han ido observando en otros estudios (nacional 1995, Canarias 1997, y Andalucía, Valencia y Galicia en 1998).

E) Colombia.

El Milenario Cultivo de la Coca

Se puede asegurar que el cultivo de la coca en el continente americano se remonta a épocas remotas, y de ello dan evidencia las crónicas y estudios de historiadores, arqueólogos, etnólogos y antropólogos.

Según el Instituto de Estudios Políticos para América Latina y África (1982, 17) "la tradición oral nos habla del carácter telúrico de la coca: entre los Aymará de Bolivia aún se transmiten de generación en generación mitos y leyendas acerca del origen del divino arbusto en las tierras fértiles del antiguo Kollasuyo".

Pese a que actualmente conserva su antiguo carácter "sagrado" (uno de los argumentos centrales que defienden los productores), poco a poco el cultivo de la hoja de coca fue adquiriendo una importancia capital en la economía colonial, poscolonial, republicana y con mayor razón en el último cuarto de siglo con la Cocaína.

COCA YAPU (1992, 5) por ejemplo, dice que "la existencia de un importante mercado incidió en que este sector productivo se constituyera en uno de los sectores más dinámicos y codiciados de la economía colonial, a tal punto que las encomiendas más valiosas, distribuidas en los años 1530-40 en el Perú, fueron las encomiendas ubicadas en las zonas productoras de coca".

No cabe duda entonces de que el comercio de la coca dio origen a fortunas, al punto de convertirse en la segunda fuente de ingresos de la Corona española. Por ello, la coca desde épocas remotas ha tenido un significado religioso, económico, social y medicinal. Modernamente esto se ha convertido en un componente fundamental de toda relación social.

Para el hombre andino, la coca además, cumple una función psicológica y de identidad cultural. IEPALA, argumenta que "sometido hasta hace poco a un régimen de servidumbre humillante por el hombre blanco, manipulado siempre por los amos, patrones, caciques y generales de turno, acorralado y alienado en su propio territorio, el aymará y el quechua encuentra en la coca una especie de refugio, que le da fuerza para seguir sobreviviendo en medio de tanta adversidad. Masticando coca, afirma su identidad. La coca es su hilo de continuidad histórica como colectividad que no se rinde ante la civilización y el progreso". (Ídem, p.25-26)

Una de las principales formas de consumir la hoja de coca es "acullicando" o "pijchando", antigua costumbre de los Andes, que se ha puesto de moda últimamente en las visitas de personalidades extranjeras a la ciudad de La Paz. En el pasado inmediato, el minero, por ejemplo, acullicaba antes de ingresar a su trabajo, después de haber tomado su primer

alimento del día, o sea, que no ingería coca para "engañar al hambre", sino para completar su alimentación o dieta.

En Chile son comunes las lesiones arteriales degenerativas en personas de 50 años y más, cosa que no ocurre en nuestro país debido a las bondades de la hoja de coca. Las mujeres campesinas bolivianas dan a luz sin asistencia médica de ninguna clase y sin problemas hemorrágicos, lo que no ocurre en los hospitales urbanos; cuando llega el momento del parto, la mujer simplemente se acerca a un arroyo, da a luz, limpia la criatura y elimina su placenta, se asea y continúa su camino sin complicaciones de ninguna naturaleza".

El popular mate es otra de las formas de consumir coca, y se le atribuye virtudes curativas de dolencias físicas y psíquicas. Ningún visitante que llega a La Paz, deja de saborear el tradicional y curativo mate de coca "contra el mal de altura". Ese ha sido el caso de Juan Pablo II, Fidel Castro, los Reyes de España, Felipe González, y Embajadores; incluso de EE.UU.

LA PRODUCCIÓN DE COCA

La producción nacional de coca está centrada en dos grandes regiones de Bolivia: Los Yungas y el Chapare. La zona yungueña está ubicada en el Departamento de La Paz, en la parte oriental de la Cordillera de los Andes, clasificada como zona de bosques secos templados, con una altura que varía entre los 300 y los 2.500 metros sobre el nivel del mar. La topografía es accidentada, con fuertes pendientes que dificultan la construcción de carreteras y el establecimiento de una agricultura mecanizada.

Esta zona del Departamento de La Paz es considerada la principal productora de la hoja de coca, obteniendo hasta la mitad del presente siglo, el 90% del total nacional. La historiadora María Luisa Sour (1993, 51) sostiene que "la coca caracterizó, por lo tanto, a más de tres siglos de vida yungueña, influyendo en todos los aspectos: político, social y económico". Agrega que "la coca ocupaba el primer lugar en cuanto al valor de la exportación, seguida muy de lejos por el café, matiz, palillos, cacao y fruta fresca" René Bascopé (1982, 19) afirma que "los hacendados yungueños lograron estructurar una organización empresarial dinámica, institucionalizada con el nombre de Sociedad de Propietarios de Yungas, que si bien existió desde mediados del siglo XIX, sólo a partir de 1922, bajo la dirección del hacendado Abel Soliz y el asesoramiento definitivo del magnate José María Gamarra, cobró verdadera importancia". En la primera mitad de este siglo, y como símbolo del poder que ejercía, Gamarra fue bautizado como "El rey de la coca". Es importante subrayar que la organización de este magnate, estuvo integrada por personalidades de relieve nacional.

En todo caso, la producción, transporte, comercialización, exportación y consumo de la coca estaba organizada a comienzos de siglo de una manera muy eficiente. Eso se refleja en los Libros de Exportación de la Aduana de la Coca de 1900 y 1901 y en el Libro Mayor de la Aduana de la Coca de 1902 que, a decir de Sour, son un "verdadero tesoro".

En esa época existía una repartición estatal aduanera que controlaba la exportación de la coca, especialmente a los Departamentos de Potosí (el mayor centro económico mundial en la época colonial) y Oruro, debido a la inmensa población indígena que vivía trabajando en la minería.

Pero, los propietarios de la zona yungueña, no sólo contaban con una excelente organización administrativa y social, sino que tenían una influencia tan grande, que lograron comprometer a diferentes gobiernos para la construcción del Ferrocarril a los Yungas, pero como ninguno de éstos lograba concretar la obra, la Sociedad de Propietarios estuvo a punto de construirlo por su cuenta.

Fuentes de la Embajada de EE.UU. Sostienen que desde 1992 hasta 1995 la producción de coca ha crecido aceleradamente, pese a la aplicación de la erradicación forzosa y compensada de cultivos." En 1994 la superficie cultivada de coca inmadura alcanzaba a 6.055 hectáreas, pero a finales de 1995 llegaban ya a 8.151 hectáreas. En el caso de los nuevos cultivos, a diciembre de 1994 eran cuantificados en 1.958 hectáreas, registrándose un año después un drástico incremento al calcularse, en esa misma área, la cifra de 6.193 hectáreas". (El Mundo, 22/05/96).

La represión violenta contra los narcotraficantes, no ha resuelto problema alguno. El mejor ejemplo es la trágica muerte del jefe narcotraficante colombiano Pablo Escobar en diciembre de 1993. El Cártel de Medellín sigue funcionando y en poco tiempo más pueden aparecer líderes de la dimensión de Escobar.

Pablo Escobar fue lo suficientemente poderoso, negoció su entrega, incluyendo la construcción de la cárcel de Envigado y luego se fugó por la puerta principal. Pero, no sólo llegó a medirse de igual a igual, sino que el Estado colombiano le hizo concesiones, como la imposición de penas leves y la no extradición.

La Constitución colombiana de 1991 sufrió enmiendas virtualmente dictadas por Escobar. Los legisladores de ese país se vieron forzados a eliminar la extradición de la nueva Constitución, y aceptar el principio de: "antes una tumba colombiana que una cárcel en los Estados Unidos".

Esta referencia muestra que, el problema de las drogas sigue creciendo y ha sobrepasado los Ochoa, Rodríguez Orihuela, Amado Pacheco, Roberto Suárez Gómez, García Meza, Luis Arce,

etc. En la actualidad, afecta al Presidente de Colombia (1) y la posible corrupción ha traído otro problema más grave aún: la descertificación que significa el bloqueo de los organismos financieros o declaración de paria en el contexto internacional.

Pero, el narcotráfico no sólo amenaza a Colombia, sino a todos los países que están involucrados en las drogas. En el nuestro, se ha infiltrado en las esferas gubernamentales desde la década del 70.

El caso colombiano -que puede reproducirse en otros países es delicado porque el Presidente de la República está sindicado de haber recibido contribución y dádivas del Cartel de Cali. Las informaciones aseguran que la infiltración también tiene lugar en el Congreso, las actividades productivas, deportivas, concurso de bellezas, los medios de comunicación social, la policía, las Fuerzas Armadas.

La legislación nos enseña que numerosos países se han preocupado por los problemas jurídicos y de salud de sus habitantes, creados por el uso abusivo de sustancias enervantes.

Se convocó, para dar solución a los problemas mencionados a la Convención Internacional de Shanghai en 1909, seguida de la Convención Internacional de La Haya en 1911, que concluyó con la firma de una Convención Internacional en la que reglamentó la exportación del opio en bruto; la supresión gradual del preparado para consumo de opiómanos, el control de fabricación y suministro de Cocaína y de morfina, las penas aplicables a la posesión ilegal de estupefacientes. El Tratado de Versalles en 1919 incluyó la obligación de las ponencias signatarias de poner en vigor la Convención de La Haya. Posteriormente, la Sociedad de las Naciones creó una Comisión Consultiva del Opio en Noviembre de 1922 y celebró la Conferencia Internacional en 1924 y otra más en 1925, la cual reprodujo los compromisos de la Convención de la Haya, y una tercera convención en Ginebra en el año de 1931, misma que dio por resultado nueva Convención en la que se subrayó la prohibición de fabricar Heroína y sus sales y en cuanto a otros alcaloides, resolvió que se expidiera su reglamentación por cada uno de los Estados participantes.

Después de 12 años de trabajo del Órgano de fiscalización de Estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas, quedó aprobada el 25 de Mayo de 1961 firmándose el día 30; la Convención Única sobre Estupefacientes, elaborada por representantes de más de 70 naciones vino a reemplazar a los Tratados Internacionales anteriores y mantiene, entre otras cosas, la prohibición y fiscalización de ciertas sustancias peligrosas, la limitación del uso de los estupefacientes a los solos fines médicos y científicos, la fabricación y distribución de los

mismos y el papel correspondiente a los organismos internacionales especializados en este campo.

México se ha adherido a la Convención para limitar la fabricación y para reglamentar la distribución de drogas estupefacientes, firmada en Ginebra con fecha 13 de junio de 1931, posteriormente aprobó el protocolo que somete a la fiscalización algunas otras no comprendidas en la Convención citada, según Decreto de fecha 29 de Diciembre de 1949 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de Enero de 1950, por acuerdo Presidencial fue aprobada el Acta que modifica la fecha extrema de comunicación del Estado actual de las evaluaciones de las necesidades del mundo en materia de drogas enervantes, según el Diario Oficial de la Federación del 30 de Noviembre de 1973, y posteriormente fue aprobada la modificación de dicha acta conforme al acuerdo del 26 de Abril de 1938.

Capítulo Cuarto

El control y regulación de la Cannabis en México.

He insistido en anteriores comentarios respecto al control y regulación de la cannabis en nuestro país, este capítulo concentra el objetivo primordial de mi proyecto, la liberación legal del uso de la cannabis, o lo que llamo "la regulación controlada" misma que va desde el control de los cultivos del narcótico hasta la atención a los consumidores.

También señale en un capítulo las funciones que realizan las instituciones federales y estatales respecto a la lucha contra las drogas, sin embargo lo realice en forma global y no hice referencia a la especialización de un elemento de riesgo, las adicciones.

Es un hecho que cualquier individuo por su origen social, cultural, psicológico, económico y el entorno que lo rodea pueda estar en riesgo de ser víctima de alguna adicción, misma que puede ser significativa para todo el medio que circunda al adicto. Esta circunstancia se convierte en un verdadero problema de salud pública en la que el estado no ha estado a la altura de los requerimientos de una población creciente en demandas y problemas sociales, la política instaurada no ha sido eficiente para crear conciencias responsables y cultas.

Sin embargo, y a pesar de la falta de recursos profesionales los esfuerzos gubernamentales se han efectuado por medio de instituciones que han tenido transformaciones importantes.

En este mismo capítulo se hace referencia al consumo de diversas drogas en nuestro país, a efecto de contar con parámetros actuales en cuanto al tema que nos ocupa y realizar comparaciones con los países que anteriormente hice mención.

A) Lucha contra las drogas, instituciones federales que la encabezan.

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC)⁶¹

En nuestro país la política gubernamental para la atención personas con problemas de adicciones han tenido diversas vertientes que se concentran en el CONADIC Consejo Nacional contra las Adicciones, órgano coordinado por la Secretaría de Salud que integra un esfuerzo profesional multidisciplinario

- Semblanza

1969

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ), surge por iniciativa de un grupo de la comunidad, que al poco tiempo, y hasta la actualidad, recibe apoyo del gobierno federal.

1972

La Secretaría de Salud conforma el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), institución donde se desarrollaron las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas para estudiar el uso y abuso de sustancias adictivas en México.

1979

Se crea el Centro Mexicano de Salud Mental (CEMESAM), organismo que absorbió las funciones del CEMEF, que a pesar de no tener intervención en la normatividad y el diseño de políticas, incluyó en sus investigaciones el tema de las adicciones y la salud mental. Dio origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría (actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría –INP-).

1980

En esta década, ya eran numerosos los grupos y organizaciones que estaban trabajando en la prevención y el tratamiento de las adicciones.

1985

⁶¹ Documentos Institucionales Secretaría de Salud 1999

Por Decreto Presidencial se implantan el Consejo Nacional contra la Farmacodependencia y el Consejo Nacional contra el Alcoholismo, que tuvieron como primera actividad la elaboración de los programas respectivos, con base en un proyecto coordinado por el entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría.

1986

Por Decreto Presidencial, se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), coordinado por la SSA y con la participación de instituciones y dependencias del sector público, así como de organizaciones privadas y sociales, cuyo quehacer se vincula con el campo de las adicciones. Su objetivo era establecer un marco normativo, así como lograr la integración y congruencia de los esfuerzos de los distintos sectores a través de los programas nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia. Sustituyó a los dos Consejos anteriores.

Con el propósito de tener un diagnóstico adecuado de la situación de las adicciones en el país, para sustentar las decisiones orientadas a la atención de esta problemática, se plantea la necesidad de realizar encuestas nacionales al respecto y, a partir de 1988, se lleva a cabo, con la intervención del Instituto Mexicano de Psiquiatría (ahora Instituto Nacional de Psiquiatría), la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y el CONADIC, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), con tres ediciones hasta la actualidad realizadas en 1988, 1993 y 1998.

1986

A partir de este año, se fueron estableciendo en los Servicios Estatales de Salud (SESA), los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA).

Por otra parte, existía la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, dedicada a la atención de los trastornos de salud mental, en coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

1995

Por acuerdo de C. Secretario de Salud, se establece la Coordinación de Salud Mental (CORSAME), que dependía de la Subsecretaría de Servicios de Salud, integrándola al CONADIC, sin embargo, los ajustes administrativos hacen necesario separar los servicios de atención de salud mental y adicciones.

2000

Se reestructura el Consejo Nacional contra las Adicciones y se crea la figura del Comisionado, dándole rango de Subsecretario, convirtiéndose así en la instancia máxima de decisión para

aprobar las políticas que regirán al Programa Nacional contra las Adicciones, coordinar las acciones que de él se deriven y evaluar los resultados.

Se reestructura la CORSAME en un órgano desconcentrado, denominado Servicios de Salud Mental (SERSAME), con nivel de Dirección General, del que dependen los tres hospitales de psiquiatría y los tres centros comunitarios de salud mental ubicados en la Ciudad de México.

2001- 2006

Integración: en el Consejo Nacional contra las Adicciones, de las acciones para la atención a la salud mental y las adicciones, unificando el quehacer del Consejo y el de los Servicios de Salud Mental, manteniendo, cada una de estas instancias sus funciones. El CONADIC, como normativa y evaluadora en materia de prevención, investigación, atención integral y reinserción social de las adicciones y los SERSAME, en el ámbito operativo de la preservación, la promoción y la restauración de la salud mental, proporcionando atención integral a quienes sufren cualquier forma patológica del sistema nervioso.

NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADICCIONES

En respuesta a esta situación, CONADIC convocó a especialistas y representantes de más de 40 organismos e instituciones vinculados con las acciones de reducción de la demanda, para elaborar el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, que define y establece los principios y criterios de operación en materia de prevención, detección temprana, referencia de casos, tratamiento, investigación, vigilancia epidemiológica, seguimiento y evaluación, capacitación y enseñanza, así como de los derechos de los usuarios.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 12 de abril del 2000.

Norma Oficial Mexicana para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones

Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones

Atribuciones del Comisionado y de las Direcciones Generales del Consejo Nacional contra las Adicciones

Introducción

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir los daños provocados por su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

La Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1998, conjuntamente con los resultados de otros estudios, orientan y fundamentan la definición de las líneas estratégicas de acción para el desarrollo de programas preventivos en diversas vertientes

Tendencias del consumo de drogas en México

Disminuye la edad de inicio en el consumo de diferentes sustancias adictivas.

Se incrementa el consumo de drogas entre las mujeres adolescentes y jóvenes.

La Marihuana se mantiene como la principal droga de consumo por distintos grupos de la población.

Se observa un incremento en la prevalencia en el consumo de drogas en el país, en especial de la Cocaína, droga tradicionalmente consumida por grupos reducidos de la población cuyo consumo se ha extendido a diversos sectores como los jóvenes y las personas de menos recursos.

En nuestro país, 400 mil individuos son usuarios frecuentes de Marihuana, Cocaína e inhalables. Los menores que trabajan en la calle y otros espacios públicos están en alto riesgo de consumir drogas, en especial los que no viven con su familia.

La mayoría de los adolescentes mexicanos no han probado ninguna droga.

Características de la prevención

Debido a que el abuso de drogas ilícitas es un problema multifactorial, resulta indispensable dirigir las acciones de comunicación bajo un enfoque integral, como parte de un programa preventivo que, en este caso, sea de carácter universal, de acuerdo con la definición del Instituto Nacional sobre el Consumo de Drogas de los Estados Unidos de Norteamérica (NIDA por sus siglas en inglés), por estar dirigido a la población en general.

Las investigaciones realizadas por el NIDA, en las últimas dos décadas, han permitido identificar los factores que diferencian a los que usan drogas de los que no las utilizan. Los que están asociados con una mayor probabilidad de consumo reciben el nombre de factores de riesgo, y los que están relacionados con una menor posibilidad de consumo, reciben el nombre de factores de protección. Cabe señalar que muchos de los factores detectados en esta investigación, también lo han sido en estudios realizados en jóvenes mexicanos. Se ha determinado que los más importantes son:

Factores de protección

Vínculo sólido con la familia.

Experiencia de vigilancia paterna con reglas claras de conducta dentro de la unidad familiar y participación de los padres en la vida de sus hijos.

Éxito en el desempeño escolar.

Asociación fuerte con instituciones como la familia, la escuela y organizaciones religiosas.
Adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas.

Factores de riesgo

Ambiente doméstico caótico, particularmente en donde los padres abusan de sustancias o padecen enfermedades mentales.

Paternidad ineficaz, especialmente con hijos con temperamentos difíciles y desórdenes de conducta.

Falta de solidaridad familiar.

Conducta de timidez y/o agresividad.

Fracaso en el desempeño escolar.

Percepción de que el consumo de drogas es una conducta aprobada en los ambientes escolar, de pares y comunitario.

El objetivo general del programa es desarrollar una campaña integral para la prevención de la farmacodependencia, orientada a fortalecer los factores de protección y reducir los de riesgo para evitar el consumo de sustancias adictivas.

Que la comunidad reconozca la farmacodependencia como un problema de salud que atañe a toda la sociedad.

Que los adolescentes identifiquen los beneficios de vivir una vida sana, reforzando los factores de protección.

Que los padres de familia y maestros dispongan de la información para promover entre los adolescentes conductas y actitudes protectoras para que eviten el uso de sustancias tóxicas.

Que los responsables de programas de atención a adolescentes y jóvenes, cuenten con información para la orientación, detección temprana del problema, y la atención a los adolescentes.

Los maestros podrán informar a los adolescentes acerca de las diversas opciones con las que cuenta su comunidad, para aprovechar el tiempo libre. Así como canalizarlos a servicios de orientación psicológica cuando se requiera.

CONCEPTO RECTOR

Que en un lenguaje propio de los adolescentes se logre promover la búsqueda e identificación de actitudes positivas y saludables que los individuos puedan desarrollar, con el propósito de optar por una vida sana, que prescinda del uso de sustancias tóxicas.

POSICIONAMIENTO

Posicionar en la audiencia una palabra, o frase proactiva, eje de la campaña, que pueda ser utilizada, de manera coloquial, principalmente por los adolescentes, invitándolos a identificar los aspectos de bienestar en una vida sana.

CONSEJOS ESTATALES CONTRA LAS ADICCIONES

A partir de 1986, se conformaron los Consejos Estatales contra las Adicciones, en estricto apego al Pacto Federal asentado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se establece que las entidades que son libres y soberanas en todo lo concerniente a sus regímenes interiores; y de acuerdo con la Ley General de Salud que señala a la Secretaría de Salud (SSA) como la encargada de la coordinación del Sistema Nacional de Salud, con base en la legislación que regula a las instancias participantes.

Estos Consejos, instalados en cada una de las entidades federativas, están presididos por el Gobernador, y son coordinados por el Secretario de Salud local o los Jefes de los Servicios

Coordinados de Salud Pública del Estado. Cada Consejo cuenta con un Secretario Técnico, que es el enlace con el CONADIC, y con varios vocales, cuya función consiste en propiciar la participación de las diversas instituciones, tanto del sector público como del privado, en cumplimiento de los programas contra las adicciones.

Una tarea prioritaria del CONADIC a través de los Consejos Estatales, es extender sus acciones a los Comités Municipales contra las Adicciones fundamentalmente en las zonas consideradas de alto riesgo, como es el caso de las fronteras norte y sur, centros de alto crecimiento industrial y turístico, así como zonas conurbadas de las grandes ciudades.

A continuación, se presentan gráficas y datos sobre el consumo de drogas ilícitas en México, tanto en la población general, como en grupos específicos y cuadros comparativos al respecto. Alguna vez en la vida: es la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada (urbana de 12 a 65 años de edad) que reportó haber consumido alguna droga ilícita. Permite hacer una primera distinción en la población entre los que han usado y los que no han usado drogas, sin considerar si las consumen actualmente.

Último año: es la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga ilegal una o más veces dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista.

Último mes: esta prevalencia, conocida también como uso actual permite estimar qué proporción de la población utilizó drogas dentro de los 30 días previos al estudio.

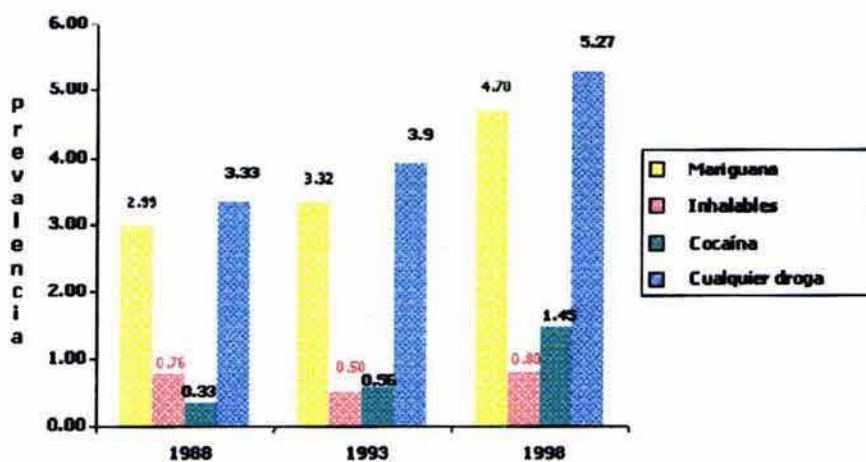
A continuación, se presentan gráficas y datos sobre el consumo de drogas ilícitas en México, tanto en la población general, como en grupos específicos y cuadros comparativos al respecto. Alguna vez en la vida: es la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada (urbana de 12 a 65 años de edad) que reportó haber consumido alguna droga ilícita. Permite hacer una primera distinción en la población entre los que han usado y los que no han usado drogas, sin considerar si las consumen actualmente.

Último año: es la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga ilegal una o más veces dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista.

Último mes: esta prevalencia, conocida también como uso actual permite estimar qué proporción de la población utilizó drogas dentro de los 30 días previos al estudio.

Población general

Tendencias del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida.⁶²
Población urbana de 12 a 65 años de edad



Consumo por tipo de droga alguna vez, último año y último mes.⁶³
Población urbana de 12 a 65 años de edad

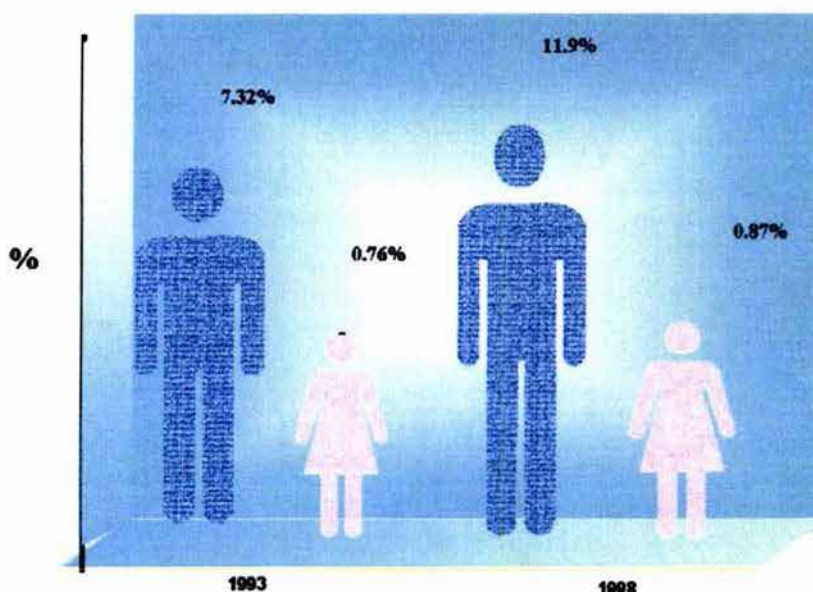
Tipo de droga	Alguna vez	Último año	Último mes
	%	%	%
Marihuana	4.70	1.03	0.70
Cocaína	1.45	0.45	0.21
Inhalables	0.80	0.15	0.09
Alucinógenos	0.36	0.03	-

⁶² Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC / SSA.

⁶³ Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Heroína	0.09	0.02	-
Cualquier droga ilegal	5.27	1.23	0.83

Tendencias del consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, por sexo. Población Urbana de 12 a 65 años, 1993-1998



Tendencias del consumo alguna vez en la vida de drogas ilícitas, por regiones 1988, 1993, 1998.⁶⁴

Población urbana de 12 a 65 años.



⁶⁴ Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1993 y 1998. IMP, DGE, CONADIC / SSA

	1988	1993	1998
Nacional	3.33	3.90	5.27
Región norte	3.70	4.92	6.00
Región centro	3.58	3.71	5.97
Región sur	2.50	2.29	2.69

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC/SSA.



Encuesta Nacional de Adicciones 1998
 Variaciones del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida por ciudades



Menores trabajadores⁶⁵

⁶⁵ Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones. DGE, IMP, CONADIC/SSA, 1998.

Uso de drogas entre menores que viven con o sin sus familias*

Viven con su familia		SI	NO	No viven con su familia	
Inhalables		2.4%	19.0%		0.7% 5.5%
Mariguana		2.6%	13.9%		0.6% 6.0%
Cocaína		0.5%	2.6%		0.2% 3.0%
Pastillas		0.5%	4.6%		0.3% 2.7%
Cualquier droga		5.6%	32.8%		1.9% 12.9%

	Viven con su familia	No viven con su familia
¿Se ofrecen drogas en donde trabajas?	25%	49%
¿Te han ofrecido?	17%	45%
¿Las has usado?	4.5%	28%

^{66*} Uno de los factores más importantes de protección para el uso de drogas en esta población es que el menor viva con su familia; los que están en esta situación trabajan en sitios donde la

⁶⁶ Fuente: Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades, DIF/IMP, 1998

droga es menos disponible y tienden a rechazar más su uso. Así, mientras un 4.5% de los que viven con su familia afirmaron haber usado drogas, entre los que ya no viven con ella las ha usado un 28%.

Estudiantes

Prevalencia de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida en jóvenes de 12 a 17 años*

	Estudiantes %	No estudiantes %
Distrito Federal	1.5	3.8
Nacional	1.3	4.2

- Los resultados de diferentes estudios señalan que asistir a la escuela es un factor protector del inicio del consumo. En la tercera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1998), se observó que el índice de consumo de drogas entre los menores de 12 a 17 años que por alguna razón habían abandonado la escuela, es más de tres veces superior que el de quienes continúan estudiando.⁶⁷

Cuadros comparativos a nivel internacional

Comparativo internacional Prevalencia alguna vez en la vida del uso de Marihuana en población general.

B) Participación de dependencias estatales a nivel local y federal.

La observancia contra las adicciones en nuestro país inicia, desde un perfil eminentemente de lucha contra el narcotráfico y por consiguiente con todas las derivaciones que del delito se producen.

⁶⁷ Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

La normatividad que funge como elemento rector de dicho esfuerzo se integra en el Programa nacional para el control de drogas, donde se establecen todos los mecanismos legales que integran las actividades de las dependencias estatales.

Tomando en cuenta que el incremento a nivel mundial de la producción, tráfico y consumo de drogas, su notable incidencia en las estructuras sociales, económicas, culturales y políticas de las naciones y las graves consecuencias que produce en la salud, el gobierno de México ha asumido el problema de las drogas como un icono de seguridad nacional.⁶⁸

En la actualidad no hay país que no se vea afectado en alguna medida por el abuso de sustancias que causan dependencia y que afectan principalmente a la población joven de nuestras naciones, debido al incremento en la producción de enervantes y por el tráfico que de estas sustancias se realiza en sus espacios aéreo, marítimo y terrestre.

En México el índice de consumo de enervantes es bajo en comparación a otros países y en los últimos años ha mostrado una tendencia a disminuir. La producción de enervantes, en cambio, mantiene una tendencia creciente, tanto en superficie como por el número de sembradíos que abarca. En lo que a tráfico se refiere, el principal problema lo constituye el flujo de drogas como la Cocaína, Marihuana y recientemente la heroína, provenientes de Centro y Sudamérica, esta red de tráfico ha generado vínculos entre las organizaciones delictivas de carácter transnacional, cuyos recursos económicos les permiten contar con sofisticados medios de transporte para llevar a cabo sus actividades.

Esto llevó al desarrollo de una conceptualización integral del fenómeno, al considerar que adicción, producción, tráfico y comercialización de enervantes son variables que interactúan y se retroalimentan, pero que cada una de ellas presenta, características específicas que deben ser atendidas en función de sus manifestaciones e implicaciones individuales y sociales; sin perder de vista que son parte de un ciclo que no puede romperse al atacar sólo alguno de sus elementos.

La complejidad del problema hizo necesario realizar un esfuerzo para dar una respuesta global que incluya acciones a nivel educativo-preventivo, de tratamiento y rehabilitación, de control de la oferta y de represión del tráfico ilícito. Las formas tradicionales con las que hasta ahora se ha enfrentado el problema, principalmente centradas en el control de la oferta y la represión del

⁶⁸ Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

tráfico ilícito de drogas, por sí solas, no han logrado erradicarlo.

Para enfrentar la evolución del fenómeno se requiere la participación activa, consciente y decidida de los sectores público, social y privado. En esta tarea nadie puede mantenerse al margen.

B) Creación del "CECOFISDID" Centro de Control, Fiscalización y Distribución de Drogas.

La demanda de sustancias adictivas ilícitas surge como problema mundial de salud pública a finales de los años sesenta. En los Estados Unidos de Norteamérica y otros países se observa un aumento acelerado del consumo de drogas, asociado a la emergencia y difusión de diversos movimientos sociales y de contracultura. Estas tendencias tuvieron impacto en México, donde se comenzó a observar un crecimiento en el uso de dichas sustancias en ciertos sectores, con los consecuentes resultados en la salud y el bienestar de la población.

El consumo de sustancias adictivas, sean lícitas o ilícitas representa un riesgo para el desarrollo de los niños y jóvenes, así como para sus familias y comunidades, pues además de los aspectos negativos inherentes al estilo de vida, se deben agregar la violencia, los accidentes, los trastornos de salud mental, el ausentismo en el ámbito laboral, así como el alto costo que implica para los servicios de salud el tratamiento y la rehabilitación.

Las diversas investigaciones realizadas indican que, desde 1988 a la fecha, ha habido un incremento en el consumo de la mayoría de las sustancias, además de que los patrones del mismo han cambiado, haciéndose evidente que disminuyó la edad de inicio y es cada vez más frecuente entre mujeres, adolescentes y jóvenes. Asimismo, el uso de ciertas drogas, como la Cocaína, ha tenido un incremento notable. Esto hace indispensable desarrollar programas para dar respuesta a estas tendencias.

Por lo que se refiere a la atención de la salud mental, el diagnóstico no es menos desalentador, además de que, por los cambios demográficos, los avances en la medicina y las circunstancias socioeconómicas que ha vivido nuestro país, se incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental, no existe la infraestructura necesaria para responder a los requerimientos de la población, situación que se agudiza por el hecho de que, por lo general, los individuos que padecen alguna enfermedad mental o adictiva son estigmatizados y excluidos de los ámbitos familiar, laboral y social.

La creación de un organismo que regule el consumo, no es algo nuevo en el mundo jurídico y social, en países como Holanda e Inglaterra el consumo controlado es una realidad.

Ha imperado por encima de los críticos, la realidad social del hábito de consumir sustancias. Las autoridades gubernamentales mediante las diversas estadísticas realizadas, han citado que el consumo de drogas ha sido escandaloso en la República Mexicana su índice va en aumento, hemos sido rebasados por la cultura global de consumo de drogas, por lo que es necesario actuar de forma oportuna para evitar un caos de salud pública.

El narcotráfico sólo es un elemento consecuencia del consumo, el negocio ilícito más fructífero e impune de nuestro país, ha traído a sus integrantes riqueza incalculable, poder, y los ha hecho verdaderos atlantes financieros de importancia internacional; al mismo tiempo su actividad es mancuerna de delitos violentos, que van desde la mutilación, al lenocinio, del fraude fiscal al lavado de dinero, e incluso es un fenómeno social que tiene un foldor sui generis de moda, música, y modus operandi en la comisión de los ilícitos.

El narcotráfico es un factor determinante para la economía y política de sectores importantes en los países donde se consumen o transitan drogas.

Considero que al igual que en otros países, donde el libre consumo no ha incrementado notablemente el abuso de sustancias ilícitas, México tiene la oportunidad histórica de convertirse en ejemplo latinoamericano de innovación legislativa y social. Nuestro País ubicado estratégicamente al lado del País más poderoso de la tierra, tiene ventajas y desventajas; la primera es que, de acuerdo o no, nuestra relación comercial mantiene nuestra economía en un 90%, pero esa misma dependencia económica nos ha acarreado pobreza y desigualdad producto del atraso tecnológico y las deficientes políticas de desarrollo social gubernamentales; en segundo término la utilización de México como territorio de transito de drogas y mercancías, ha traído como consecuencia que el consumo de diversas drogas que anteriormente no eran consumidas en nuestro país, ahora lo sean. Debemos prever una debacle social y de salud como actualmente ocurre en los Estados Unidos.

Los presupuestos millonarios que se ocupan para la lucha contra el narcotráfico se han convertido en estandarte para la calificación internacional (certificaciones), para el otorgamiento de créditos y apoyos económicos, para el castigo y marginación, menos para el fin que realmente se han fijado.

La lucha contra el narcotráfico, debe continuar con mayor eficacia utilizando sistemas de alto nivel en inteligencia, investigación y tecnología, es un negocio que se puede ir desmembrando desde diversos frentes; en principio continuar con la persecución de los delitos que el narcotráfico genera, otro frente el más importante, es que el comercio de drogas ya no sea

redituable ni seguro. La competencia de mercado de oferta estatal, a la fecha sólo existe pero la integran únicamente los propios narcotraficantes, y por ello se asesinan por territorios. Cite en el Capítulo tercero a la Ley Seca de los años 30 del siglo pasado en Estados Unidos, es el ejemplo más claro y reciente que se tiene como antecedente, la lucha incansable contra las mafias italianas, nunca fue suficiente, así sucede con el narcotráfico, sólo que ahora se debe realizar por diversos medios y uno de ellos es el social y jurídico-legislativo.

En el medio social tenemos que concientizar a nuestra población sobre los alcances y consecuencias del consumo de drogas, sin dejar por de anteponer la madurez y el derecho de humano a la libertad. En el medio jurídico-legislativo se debe crear el marco necesario para que operen instancias que coordinen las acciones a las que he hecho referencia, la difusión, educación, control, organización, etc.

La legalización del consumo de drogas blandas en el País, constituye el primer gran paso para el debilitamiento del narcotráfico nacional e internacional, así como la apertura de horizontes de libertad, respeto, y tolerancia.

Tomando como primer paso se puede comenzar con la liberación del consumo de drogas blandas (Marihuana Cannabis sativa) de las que ya he definido en otros capítulos, sus características y componentes químicos e incluso los efectos en la salud del que la consume. Para llevar a cabo lo citado en dos párrafos arriba, una de las principales propuestas de este proyecto es la creación del Centro de Control, Fiscalización, y Distribución de Drogas (CECOFISDID)

Se propone dentro de la estructura federal, la creación del Centro de Control, Fiscalización, y Distribución de Drogas (CECOFISDID), organismo con autonomía y presupuesto propios, que tendría como marco legal, La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, su Decreto de Creación, derogaciones y abrogaciones a la Ley Federal de la Administración Pública Federal, Ley General de Salud, Leyes Orgánicas de las Dependencias Federales, de Códigos Penales y de procedimientos estatales y Federales, así como a los respectivos Reglamentos, convenios, circulares, y tratados internacionales en que se relaciones.

El órgano supremo encargado de dirigir las acciones del CECOFISDID sería tripartita, integrado por un miembro de la sociedad civil, el gobierno y un Director elegido por un comité a su vez formado por mexicanos sobresalientes y reconocidos por su intachable reputación social como intelectuales, médicos, abogados, políticos, deportistas y líderes de opinión.

El representante gubernamental necesariamente tendría que ser nombrado por el titular de la Secretaría de Salud, y ratificado por la Cámara de Diputados y Senadores.

En segundo término las acciones contarían con la infraestructura y apoyo de diversas dependencias federales que fungirían como comité técnico mismas que actuarían según su naturaleza y actividad, con apoyo logístico y técnico de las Secretarías de Educación, Defensa, Marina, Relaciones Exteriores, Agricultura ganadería y Desarrollo Rural, Procuraduría General de la República, Procuradurías Generales de Justicia de los Estados, Comunicaciones y Transportes, Desarrollo Social y por supuesto del Consejo Nacional contra las Adicciones y sus Consejos Estatales, entre otros organismos gubernamentales y no gubernamentales, mismos que tendrían la función de vigilar, orientar, educar, prevenir, custodiar, controlar, advertir, y administrar dentro del ámbito de sus funciones, las drogas consideradas como blandas para el libre consumo, bajo la más estricta responsabilidad del consumidor.

Es decir, se debe de crear un Comité Intersecretarial que pudiese denominarse Comisión de Control, Planeación y Distribución de Drogas Legales, la que desarrollaría planes y programas a corto y largo plazo donde se establezcan las medidas necesarias para la administración y distribución de dichas sustancias.

En principio se debe regular su funcionamiento en base a un Reglamento en el que se establezcan las bases para la elaboración de un manual de organización, y de procedimientos, para crear una estructura eficiente. La elaboración confiable de un padrón de consumidores, mismo que deberá contener los datos estadísticos personales de toda persona que desee participar dentro de la organización administrativa como de los usuarios del CECOFISDID. Como nombre, edad, sexo, domicilio, estado civil, religión, escolaridad, fotografía, huellas digitales, cantidad consumida por día, semana, mes y año, antigüedad de consumo, y preferencia de droga consumida, acompañados de resultados de exámenes médicos y psicológicos, así como de perfil criminal y socioeconómico, sin dejar de olvidar su inclusión obligatoria a un programa contra las adicciones.

El CECOFISDID, obtendrá de la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, los insumos necesarios para abastecer a las personas que así lo deseen y que se encuentren registradas en el Padrón de consumidores aludido, la misma Secretaría con el apoyo de organizaciones campesinas celebraría convenios de siembra y cosecha de Marihuana y su tratamiento de resina (Hashis); dichos campos propiedad privada y pública, serían custodiados por elementos de las Fuerzas Armadas y de las Policías preventivas y judiciales estatales y federales, y en donde compete por la Marina Nacional, para evitar cualquier probable acto ilícito.

La obtención de drogas blandas por parte de los consumidores, tendrá un menor costo que en el mercado negro y su cantidad no será jamás superior a lo manifestado en la cédula de información descrita con anterioridad, los ingresos obtenidos ingresarán a un fondo que servirá posteriormente para mantener el programa de concientización y lucha contra el abuso y tráfico ilegal de drogas.

El CECOFISDID dentro de sus funciones, tendrá la de participar activamente en las campañas, tanto públicas como privadas, de prevención y atención a las adicciones, publicitando en forma eficaz y permanente sus actividades, e invitando a la población a educarse para evitar el consumo indiscriminado, inconsciente e incontrolable de drogas.

El desempeño de las actividades del Estado para salvaguardar la soberanía y seguridad nacionales estarán en todo momento vigentes, la lucha contra las drogas debe ser permanente en forma paralela.

El presente proyecto no implica de ninguna forma el legalizar, en un futuro próximo inmediato, las drogas duras, por el contrario, tiene como objeto y fin, el modificar la forma de conciencia de los habitantes del México actual que se ve siempre amenazado por la influencia de culturas e idiosincrasias ajenas.

La comunicación respecto a ciertos temas que resultan polémicos, debe fomentarse ininterrumpidamente. El principal aliado de la lucha contra el consumo desmesurado de las drogas es, en primer término, la familia, posteriormente los educadores.

Potencializando la importancia, de la creación del CECOFISDID, los mexicanos podemos ser pioneros en la nueva forma de luchar contra la ignorancia y el delito, desde la principal trinchera: la educación.

El respeto a nuestra soberanía nacional ha sido violentado por los ataques del exterior, las afectaciones han sido múltiples tenemos que resolver nuestros problemas sin depender de la sanción internacional, sólo los debemos tomar como referencia no como decisión.

E) LA TRASCENDENCIA SOCIAL

Noción Sociológica.-

Teorías encontramos entre diversas concepciones sociológicas del delito, la teoría de la desorganización social, que considera al delito como consecuencia de la falta de una

organización adecuada de la sociedad, agregando que si ésta estuviese mejor organizada el delito disminuiría. (Shuterland)

La concepción de la patología social del delito (crimen) cuya más reconocida expositora es Bárbara Woolton, considera al delito (crimen) como una condición social anormal, "una enfermedad social" derivando esta idea de un concepto evidentemente médico al estimar a la sociedad como un organismo.

El delito lo explica M. Gordon, como consecuencia de un conflicto cultural, mas concretamente como una subcultura, "una subdivisión de la cultura nacional que resulta de la combinación de factores, la situación sociales tales como la clase social, la procedencia étnica, la residencia regional, rural o urbana de los miembros, la afiliación religiosa, y todo ello formando, gracias a su combinación, una unidad funcional que repercute integralmente en el individuo miembro".⁶⁹

Otra teoría sociológica es la que relaciona el cambio social con la delincuencia y aún cuando quienes sostienen esta teoría no precisan que se entiende por cambio social, afirman que el constante cambio social incrementa la delincuencia y disminuye la inseguridad.

Un concepto importante tanto jurídico como sociológico, es el que manifiesta Von Hentig quien dice que el delito es "society made" o majority approbed, es decir, el tipo de un delito es creado por la sociedad y aprobado por la mayoría de ella, el mismo tratadista elabora una clasificación de los delitos y los divide en delitos penales y delitos sociológicos, por otra parte, Exner, expresa que el delito, es un fenómeno social necesario, tan ligado a la vida en común como la enfermedad o la muerte a la vida del individuo. Como se puede apreciar, el delito además de su naturaleza jurídica de conducta que viola una norma también jurídica como es la norma pena, posee un sentido u contenido que incide de manera ingente en la sociedad. Esta incidencia se manifiesta con mayor fuerza en los delitos contra la salud, y en ese orden de ideas es de especial importancia y utilidad citar los atinados conceptos del Dr. Sergio García Ramírez, que a continuación transcribo: " Otra nota destacada de la criminalidad actual, es su condición expansiva, su trascendencia territorial, en efecto, esta ilicitud sale del recinto nuclear, del ámbito doméstico, de la calle, del barrio, de la ciudad, para pretender el escenario de una nación o de un continente o incluso de un escenario del mundo total, más todavía, la delincuencia evolucionada del presente agrega instrumentos y capacidad de operación a la vieja tipología de la violencia, no la abandona, como creyeron algunos criminólogos de ayer, por el contrario, la ejerce mediante otros estilos, con frecuencia y sin piedad, en tal virtud, fuerza y astucia se asocian y lo que comienza siendo un delito rutinario, flagrante acaba de ser cubierto

⁶⁹ Wolfgang, Marvin, Ferracuti, F. La subcultura de la violencia. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1971, pp. 117

o encubierto en formas de organización y gestión modernas, un delito complejo, huidizo, inasible que se despliega ya en el nuevo universo de las finanzas, de la industria del comercio con respetable apariencia". Sergio García Ramírez (Presentación a la Obra: Manual de delitos contra la salud, relacionados con estupefacientes y psicotrópicos, Procuraduría General de la República, México, 1985 pp 11

Esta condición expansiva y su trascendencia territorial aunadas a la extraordinaria capacidad económica de la delincuencia que nos ocupa, así como el bien jurídico que la misma vulnera. La salud, tanto individual como pública, hacen con la criminalidad en materia de narcóticos un problema de magnitud tal que obliga a todos los países de la comunidad internacional a prestarle una atención prioritaria.

Como hemos tratado de explicar y estamos ciertos en ello, la delincuencia contra la salud en materia de narcóticos, no es solamente un problema legal jurídico, mucho menos policiaco, es un problema complejo que debe enfocarse desde diversos puntos y mediante múltiples acciones, para buscar disminuir al máximo los efectos, también de los más variados que esta delincuencia produce.

La salud

La salud se ha definido de de diferentes formas, así la Real Academia de la Lengua Española, define como el estado en que el ser orgánico, ejerce normalmente todas sus funciones, el Diccionario Médico Salvat, nos dice que la salud es el estado normal de las funciones orgánicas o intelectuales, la Organización Mundial de la Salud, expresa que la salud es un estado de bienestar físico y mental y social, no consiste sólo en la ausencia de una enfermedad o dolencia, hace referencia a la salud desde un punto de vista físico y desde un enfoque social y expresa que esta distinción es una abstracción que proviene del individualismo del siglo XIX Dr. Pedro Lain Estrargo y que la misma tiene una considerable carga social, M. Dubos y N. Pines, se expresan en los siguientes términos: Queda muy bien claro que en la medida en que la salud, no es la utópica situación de la ausencia de la enfermedad, sino la capacidad de desenvolverse con eficiencia dentro de cierto ambiente, y como este cambia constantemente, la buena salud entraña un proceso de adaptación continua a los millares de microbios irritantes, presiones y problemas, que desafían diariamente al hombre, H. Sanmartín, manifiesta que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad, el estado de salud implica buenas ideas de balances y de adaptación, individuo sano es aquel que física y mentalmente funciona armónicamente y al mismo tiempo esta bien adaptado al ambiente físico y biológico y social, de tal forma que pueda contribuir al desarrollo de la sociedad de acuerdo a su capacidad.

La salud pública, la noción de este concepto es más amplia que la de la salud individual a la que se refiere las definiciones citadas en el párrafo anterior. La salud pública abarca el estado sanitario de la población, la organización sanitaria de una comunidad, ya sea a nivel municipal, estatal o nacional en la cual pueden o deben concurrir particulares y autoridades, medidas sanitarias y preventivas, actividades de investigación científica en materia de salud, normas jurídicas, administrativas y técnicas y educación para la salud que en si, es parte de la labor preventiva, pero que por su importancia la señalamos aparte, la propia Organización Mundial de la Salud, ha expresado respecto a la medicina preventiva que esta es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental por medio de los esfuerzos conjuntos de la colectividad destinados a sanear el medio, controlar enfermedades infecciosas, organizar los servicios médicos asistenciales para el diagnóstico precoz y la profilaxis y desarrollar el mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para mantener su salud, aún cuando estas ideas se refieren a la medicina preventiva consideramos que en más de un sentido los conceptos son aplicables a la noción de salud pública de la cual finalmente forma parte la medicina preventiva

Nuestro país y las drogas.

México es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con una de las experiencias mas largas en materia de investigación del uso de sustancias adictivas, en especial de la población estudiantil.⁷⁰

Se han realizado diversas encuestas en la población de enseñanza media y media superior desde hace 20 años, llevadas a cabo en forma conjunta entre la Secretaria de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaria de Salud.

71

Las encuestas nacionales en escuelas se llevaron a cabo en 1976, 1986 y 1991; esta última proporcionó datos a nivel estatal, incluyendo el medio rural. En la Ciudad de México, las encuestas se han efectuado periódicamente (cada 3 años en promedio) desde 1996, siendo la más reciente la del otoño de 1997.

El consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes. Una tercera parte de los estudiantes reporta haber probado el tabaco, 3% fuma a diario o casi diario. El consumo de alcohol es algo mayor entre los hombres que entre las mujeres (54% y

⁷⁰ Santana, Adalberto. Política y Narcotráfico en América Latina. Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos, Ed. UNAM. 1994.

⁷¹ Documentos Institucionales Secretaría de Salud 1999

45%); 40 hombres y 10 mujeres de cada mil beben 5 copas o mas por ocasión de consumo, 1 o 2 veces a la semana. La prevalencia de consumo de estas dos sustancias es alta, especialmente si se considera que mas del 95 % de los estudiantes en la muestra eran menores de 18 años, es decir, no tenían la edad mínima para adquirir legalmente estos productos.

La prevalencia de uso de otras drogas es más baja. A nivel nacional, 8.2 de los estudiantes ha consumido al menos una droga alguna vez en su vida; 4.4% lo ha hecho en el último año, y cerca del 2% las uso en el mes anterior a la encuesta. Existen importantes variaciones regionales, algunas zonas como las ubicadas en la frontera norte del país y las grandes zonas metropolitanas como Guadalajara o la Ciudad de México, presentan índices más altos , por ejemplo en esta ultima ciudad, el consumo afecta a poco mas de uno de cada diez estudiantes (11%). Las drogas más utilizadas son la Marihuana, la Cocaína y los inhalables.

TRES FACTORES CARACTERIZAN EL MEDIO ACTUAL

El cambio de preferencia del tipo de sustancia para incluir la Cocaína entre las drogas que los menores están utilizando, desde 1989 el índice de menores que experimentan con esta sustancia se incrementa significativamente, por ejemplo, en la Ciudad de México su uso aumentó de 2% a 4% de 1993 a 1997.

El índice de mujeres que decide experimentar con sustancias; por ejemplo Cocaína, en esta misma ciudad, aumentó 7 veces (de 2% a 1.4%) entre 93 y 97.

La aparición de nuevas sustancias del tipo de las metanfetaminas producidas sintéticamente en laboratorios clandestinos (0.9% de los estudiantes han consumido una forma de estas sustancias conocidas como "éxtasis"); se dan en usos diferentes a las drogas existentes con el fin de producir efectos psicotrópicos.

INFLUENCIA

⁷²En cuanto a las normas en torno al uso, en general el nivel de tolerancia es bajo: menos del 3% de los estudiantes reporto que sus amigos verían bien que usaran drogas y alrededor del 85% consideró que lo verían muy mal. Estos porcentajes son similares tanto en los hombres como en las mujeres. La tolerancia es baja, independientemente del tipo de droga y del patrón de consumo, no importa si se trata de experimentar con Marihuana 1 o 2 veces o usar heroína regularmente. La tolerancia social hacia el consumo de tabaco y alcohol es mayor. La

⁷² Documentos Institucionales Secretaría de Salud 1999

proporción de usuarios que reportaron que sus amigos verían muy mal que ellos usaran drogas es menor que cuando se le compara con los no usuarios.

EDAD

Entre los estudiantes, la edad más crítica para iniciar el hábito de fumar es entre los once y los catorce años, prácticamente todos los usuarios se iniciaron antes de tener edad legal para adquirir esos productos. El consumo de la mayor parte de las drogas es más alto entre los estudiantes de 16 años o más, la excepción son los inhalables, cuyo consumo en el último mes es más frecuente entre los menores de 16 años (.92%), en comparación con los estudiantes que superan esta edad (.73%). De hecho se ha observado que cuando los menores llegan a la mayoría de edad, su gusto por los inhalables disminuye.

GENERO

En cuanto al género, la proporción de varones que ha experimentado con las drogas es superior a la de mujeres (10% y 7% respectivamente). En general los hombres utilizan con mayor frecuencia las drogas ilegales, mientras que las mujeres prefieren las drogas médicas, de esta forma el género establece una importante diferencia en cuanto al tipo de drogas.

NIVEL SOCIOECONOMICO

El uso de sustancias se da en todos los niveles sociales, si bien se observan preferencias por diversos tipos de estas. Así, el abuso de solventes entre los estudiantes apareció como un problema de los niveles socioeconómicos bajos en la década de los setenta, sin embargo, en el estudio realizado en 1980, esta diferencia había desaparecido ya que en ese año la prevalencia alcanzó 4% en todos los estratos, sin mostrar variaciones por nivel socioeconómico desde entonces. Pero cuando se compara a los usuarios de solventes con aquellos que usan otras drogas, entonces se pone de manifiesto que los primeros provienen de estratos más desfavorecidos.

PERCEPCION DE RIESGO

⁷³La percepción de riesgo en el uso de drogas muestra una tendencia hacia la disminución. Así, en 1991 se observó una disminución de 9% en el uso de la Marihuana en el Distrito Federal; en el caso de la Cocaína, la reducción fue de 10%. Se encontraron diferencias muy importantes en la percepción de riesgo de estudiantes que han usado drogas en comparación con aquellos que no las han usado: mientras más frecuente es el consumo, es menor la percepción de riesgo y la elección del tipo de sustancia depende de la percepción de riesgo que se asocia con esa sustancia específica.

⁷³ Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC / SSA.

En general, el menor nivel de percepción de riesgo se asocia con el abuso de alcohol: poco más de 10 estudiantes de cada 100 consideraron que tomar 5 o más copas por ocasión de consumo, 1 o 2 veces por semana, no era peligroso; 5 de cada 100 estudiantes consideró que no era peligroso fumar Marihuana regularmente y 4 de cada 100 pensaron lo mismo con respecto a la Cocaína y la heroína.

ADICIONES

Primera causa de muerte en el mundo y primera causa de defectos congénitos y están presentes en:

3 de cada 10 pacientes de hospitales generales

5 de cada 10 pacientes de instituciones de salud mental

La mitad de las muertes por accidentes de tráfico, incendios ahogamientos y suicidios

5 de cada 10 reclusiones penales

5 de cada 10 delitos por jóvenes

6 de cada 10 homicidios

4 de cada 10 asaltos

4 de cada 10 violaciones

3 de cada 10 divorcios

6 de cada 10 casos de abuso a menores

6 de cada 10 casos de violencia en el hogar

Aspectos sociales

Población total y crecimiento

De acuerdo a los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda, al 14 de febrero del año 2000, residen en la República Mexicana un total de 97, 361, 711 personas, continuando en la undécima posición entre las naciones más pobladas del mundo. La tasa de crecimiento de la población entre 1990 y el año 2000 fue de poco menos del 1.9% en promedio anual. Sin embargo, es importante destacar que se distinguen claramente dos periodos: el primero, de 1990 a 1995, cuando la población crece al 2.1%; y el segundo, que cubre el último lustro, al 1.6% en promedio por año. Estas cifras confirman la paulatina disminución que ha mostrado el crecimiento demográfico del país.

Estructura por sexo

Del total de residentes en México, 47.4 millones son de sexo masculino y 50.0 millones, del femenino; lo que significa que hay 95 hombres por cada 100 mujeres. En 1990 este indicador

era de 97 a 100, lo que lleva a suponer que la menor proporción de hombres que actualmente se observa es consecuencia, entre otros factores, de la migración internacional, predominantemente masculina.

Distribución geográfica

La densidad de población a nivel nacional en el año 2000 es de 50 habitantes por km²; sin embargo, al interior se observan marcadas diferencias. De este modo, mientras que en entidades como el Distrito Federal, el Estado de México y Morelos existen 5,634; 611 y 313 habitantes por km², respectivamente, en situación opuesta encontramos que Chihuahua, Sonora, Campeche y Durango tienen alrededor de 12 habitantes por km²; el caso extremo es Baja California Sur, donde este indicador apenas alcanza las seis personas.

En México persiste una marcada polarización en la distribución territorial de la población, ya que, por un lado, una cuarta parte de los habitantes vive en localidades de menos de 2,500 personas; y por el otro, el 26.3% lo hace en localidades mayores de 500 mil habitantes. La población restante está distribuida en tres grupos: el 13.7% radica en asentamientos semirurales de 2,500 a menos de 15 mil personas; una proporción similar, en ciudades pequeñas de 15 mil a menos de 100 mil; y en las llamadas ciudades intermedias, de 100 mil a menos de 500 mil habitantes, se asienta el 21.0% del total nacional.

Parque habitacional

El parque habitacional ocupado se encuentra conformado por 21, 948,060 viviendas, cantidad que supera en 5.7 millones al que había en 1990.

Al relacionar a la población residente con el número de viviendas se obtiene el promedio de ocupantes, que es de 4.4 personas por vivienda; diez años atrás, el promedio era de 5.0. Las entidades que registran el mayor número de ocupantes por vivienda son: Guanajuato, Tlaxcala, Chiapas, Puebla, Aguascalientes, Querétaro, Guerrero y San Luis Potosí; mientras que Chihuahua, Distrito Federal, Baja California Sur y Tamaulipas, son las entidades que tienen menos habitantes por vivienda.

Servicios básicos

⁷⁴De los casi 21 millones de viviendas habitadas que registró la ENADID 97, el 78.2% de ellas tienen drenaje, el 88.1% cuentan con servicio de agua entubada y el 94.5% tienen energía eléctrica.

⁷⁴ Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993, 1998. IMP, DGE, CONADIC / SSA.

Educación

De la población de 15 años y más en 1997, se registró en México 10.6 % de analfabetas. En este mismo año, el 92.2 % de la población de 6 a 14 años asistía a la escuela; por otro lado, en el ciclo escolar 1998-1999 la matrícula de alumnos de preescolar ascendió a 3.4 millones; 14.7 millones en primaria; 5.1 millones en secundaria; 3.0 millones en el nivel medio superior y 1.6 millones en el nivel superior.

Salud

En 1998, México contaba con 116.8 médicos por cada 100 mil habitantes; 184.6 enfermeras por cada 100 mil habitantes y 78.9 camas hospitalarias por cada 100 mil habitantes.

El resultado importante de este estudio es que la testosterona, la principal hormona masculina, se reduce en un 44% en los usuarios de marihuana. La testosterona juega un importante rol en los cambios sexuales secundarios que ocurren durante la adolescencia y en la producción de espermatozoides. El uso de marihuana puede retrasar la maduración sexual en los hombres adolescentes y posiblemente, afecta el desarrollo sexual de los fetos masculinos en las mujeres embarazadas. En seis de los sujetos experimentales, se encontró que la cantidad de espermatozoides había disminuido, y dos eran clínicamente estériles.

En contraste con lo que muchos opinan, la mayoría de los jóvenes no fuman marihuana y nunca la usarán. Entre los estudiantes que se entrevistaron en una encuesta nacional anual, se encontró que uno de cada seis alumnos en el décimo grado consumen la marihuana regularmente (es decir, que la usaron durante el transcurso del último mes). Menos de uno en cinco estudiantes del último año de secundaria la usan actualmente.

Existen muchas razones por las que algunos niños y adolescentes consumen marihuana. La mayoría de las personas que fuman marihuana lo hacen porque tienen amigos, hermanos o hermanas que la usan y les presionan a probarla. Algunos jóvenes la fuman porque ven a otros adultos en su familia usándola.

Algunos adolescentes pueden pensar que necesitan la marihuana y otras drogas para ayudarles a escapar de problemas en casa, la escuela o con amigos.

Efectos sociales

Los usuarios de marihuana a menudo dicen poder discernir el estado de ánimo, o poder entender a una persona directamente. Esto aun no ha podido ser establecido en forma

experimental. También es cuestionable si la marihuana puede inducir a un sujeto a poseer más dotes sociales, ya que los resultados en experimentos son demasiado variables. Parece ser que los usuarios llegan a un entendimiento mutuo entre ellos, pero ese efecto parece tener más que ver con las situaciones en las que se encuentran los usuarios. La situación es un variable de alta importancia para el estado de ánimo del usuario, y en un medio agradable el usuario tendrá un mejor desempeño.

La idea de que la marihuana vuelve al individuo agresivo también debe ser consignada al reino de las fábulas. De hecho, hay más de verdadero en lo opuesto. Entre más alta la dosis de marihuana, se vuelven menos efectivas las provocaciones y los insultos en suscitarse una respuesta agresiva. Es verdad que la marihuana puede hacer a unas personas volverse temerosas o paranoicas, pero esto ocurre únicamente con las dosis altas.

La acusación de que la marihuana puede inducir a la psicosis tiene apoyo dividido. En casi todos los casos se trata de estudios hechos a casos específicos, en los cuales pueden haber tenido repercusiones multitudes de variantes. Por motivo de esta diversidad, no es posible apoyar esta acusación. La preocupación por daños al sistema nervioso está infundada. En los casos donde se han presentado daños cerebrales, el uso de marihuana siempre ha estado emparejado con el uso del alcohol. De hecho, se ha demostrado que el alcohol sí causa daños al sistema nervioso (Lecesse, 1996).

COMUNIDAD MUNDIAL PROCONSUMO LIBRE DE DROGAS BLANDAS.⁷⁵

Existen en numerosísimos grupos sociales que promulgan y apoyan el libre consumo de sustancias naturales y de los mismos se tiene una gran literatura.

Aspectos morales acerca del consumo de drogas

En tanto se abandona el principio de que el Estado no debe intervenir en la vida privada de los ciudadanos, acabamos regulándosela a éstos hasta en los más mínimos detalles. Desaparece la libertad individual.

Una sociedad libre supone la limitación del Estado a determinadas funciones que hagan posible la convivencia pacífica de los individuos.

⁷⁵ Alfonso de la Figuera
(SECA - Sociedad de Estudios del Cannabis de Aragón)
Ed Rosenthal, Dale Gieringer y Ed Mikuriya, 1997. Quick American Archives, 270

La acción del gobierno debe constreñirse a proteger los derechos de los individuos -la vida, la propiedad privada, la libertad- de la turba antisocial.

El gobierno no tiene como función hacer felices a los hombres, evitando que éstos, voluntariamente, se causen daño a sí mismos.

Como bien señala John Stuart Mill, "el único propósito para ejercer correctamente el poder sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, en contra de su voluntad, es evitar el daño a otros. Su propio bien, ya sea físico o moral, no es suficiente garantía. No puede, en justicia, ser forzado a hacer, o a soportar, porque eso le hará más feliz, porque en opinión de otros, hacerlo sería sabio, o incluso justo (...). En la parte de su conducta que meramente le concierne a él, su independencia, es por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano"

Este principio ético expuesto claramente en 1859 hoy en día es rechazado en la cuestión del consumo de drogas.

El argumento que respalda la criminalización del consumo de drogas, es su carácter nocivo tanto para el individuo que la consume, ya que genera "adicción" como para la sociedad pues incentiva a que se transgredan los derechos de los demás.

Con respecto a esta argumentación no se pretende discutir sobre la toxicidad de las drogas ya que de la misma forma cabría preguntarnos ¿por qué no criminalizar el consumo de otras sustancias tales como el alcohol, el tabaco, el café, el chocolate, el tocino, etc.? Que se caracterizan por ser nocivas para el organismo humano

Lo fundamental es la reivindicación de nuestro derecho moral de la libertad de consumo (incluso de las drogas).

La ética del individualismo parte del respeto a la dignidad y la libertad humana, lo cual supone según el Premio Nobel de Economía de 1974, Friedrich A. Hayek, "que nadie puede indicar quién sabe mejor cuáles son sus intereses y que la única manera eficiente de averiguarlo es a través de un proceso social en el que a todos se les permita probar y ver lo que cada uno puede hacer"

El individuo en tanto persona adulta, sabe mejor que nadie qué es lo que más le conviene. Por lo tanto, si decide libremente consumir drogas el Estado debe respetar su soberana decisión. El

prohibir el consumo de drogas, bajo el pretexto de la "salud pública" es lo mismo que prohibir el consumo de ideas socialistas bajo el pretexto de la "seguridad del sistema".

Constituye un grave atentado contra la dignidad de las personas adultas, el tratarlas como niños inmaduros. Si creemos en la autodeterminación y la responsabilidad individual debemos reconocer el derecho de las personas a consumir cualquier sustancia que desee.

No estamos incitando al consumo de drogas ni emitiendo un juicio de valor -si es bueno o malo- sobre la naturaleza de la droga. Lo que defendemos es el derecho de los adultos para decidir qué es lo bueno o qué es lo malo para sí mismos.

Si tenemos derecho de propiedad sobre nuestros bienes, deberíamos tenerlo sobre nuestro cuerpo. Cada uno tiene la facultad exclusiva de decidir qué sustancias introduce o no en su organismo, es un DERECHO FUNDAMENTAL.

Así como la Constitución garantiza nuestro derecho a venerar a cualquier Dios y a leer cualquier libro que escojamos, de la misma forma se nos debe garantizar el derecho a ingerir o no cualquier tipo de drogas.

Conclusión:

He manifestado mis inquietudes, después de un análisis de los antecedentes que integran este tema de discusión, desde el origen y producción de drogas a nivel general, pasando por el consumo en varios países, la legislación nacional y mi propuesta.

Más que un trabajo de discusión me sería satisfactorio que se profundice con seriedad e importancia el estudio y formalización de este posible esfuerzo de innovación y realidad, estuve a punto de utilizar la palabra futurismo, pero sería obsoleta en este 2003.

Simplemente se requiere que exista voluntad política para explorar y dar difusión al tema materia de mi proyecto, estoy seguro que la sociedad es lo suficientemente madura para captar la problemática y coadyuvar a una mejor propuesta o ratificar la que propongo.

El costo para que algún partido político proponga mi idea puede ser alto, principalmente por los letargos evolutivos que a la fecha padecen instituciones que integran a la sociedad, como la iglesia y asociaciones a fines, pero hoy considero que los jóvenes y adultos de este país en su mayoría, apoyan esta propuesta como una solución y como instrumento de lucha al narcotráfico.

Amplíemos nuestro horizonte y evitemos ser presas de la presión internacional, somos independientes en cuanto a nuestras decisiones, necesidades y preferencias, tenemos que actuar en consecuencia, la liberación del consumo bajo estrictos modelos de control debe ser una realidad, antes de ser correctivos debemos de preventivos.

Continuar actuando indiferentes ante una realidad cruda como el consumo de drogas y el crecimiento del narcotráfico es irresponsable y antipatriótico.