

Temas estratégicos 65

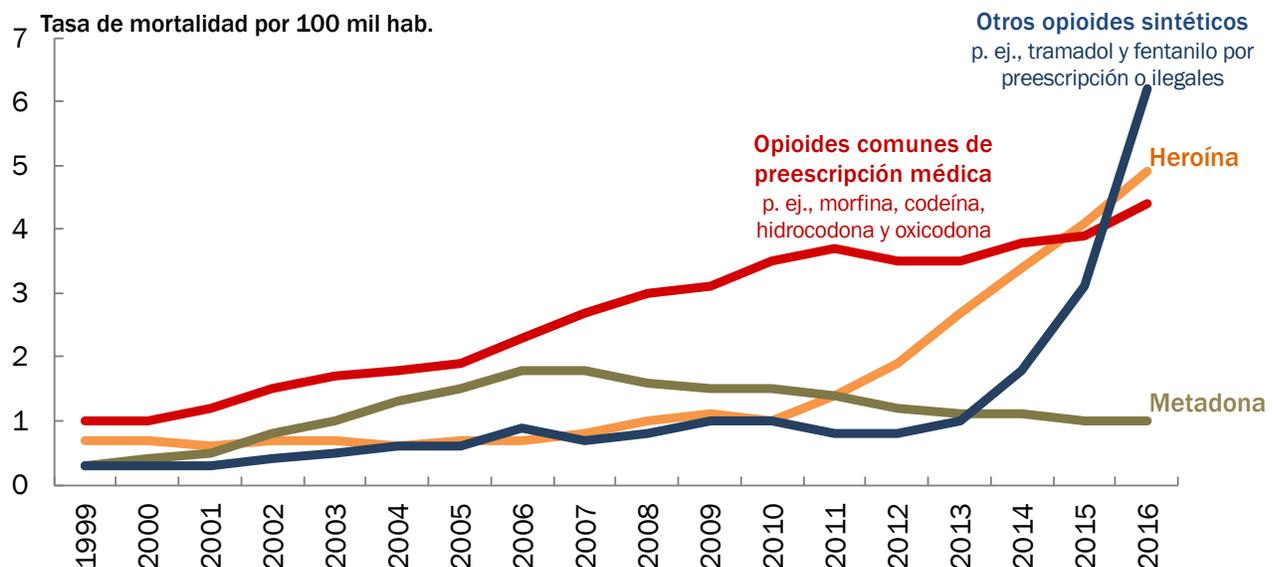
2018
octubre

➤ Los opioides en Estados Unidos y el sistema internacional de fiscalización de drogas

Síntesis

En atención a las propuestas y declaraciones recientes sobre la posible regulación de la amapola, en el presente reporte se discuten tres tipos de antecedentes relevantes para este debate: 1) la llamada ‘crisis’ de opioides en Estados Unidos; 2) el control internacional de la producción global y del comercio legal de opiáceos y opioides, así como la estimación mercantilista de la demanda mundial por parte de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de Naciones Unidas; y 3) una de las principales críticas a este régimen de control internacional a partir del uso terapéutico de las infusiones de amapola desde la perspectiva de la medicina tradicional en India (Charles, 2010) y de libertades políticas en Estados Unidos (Hogshire, 2009), lo cual encuentra un correlato en los resultados de la regulación del cannabis, con respecto al consumo de opioides, en algunos estados del propio Estados Unidos.

Gráfica 1. Tasas de mortalidad por sobredosis, según tipo de opioides, Estados Unidos 1999-2016.



Fuente: gráfica de Hedegaard, Warner y Miniño (2017:4); con datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS); traducción propia; original disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db294.htm>

TEMAS ESTRATÉGICOS, No. 65

Los opioides en Estados Unidos y el sistema internacional de fiscalización de drogas

Octubre de 2018

DR© INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ, SENADO DE LA REPÚBLICA
Donceles 14, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, 06020 CDMX.
Distribución gratuita. Impreso en México.



1. DECLARACIONES RECIENTES EN TORNO A LA AMAPOLA

De acuerdo con lo reportado por varios medios nacionales, el pasado viernes 5 de octubre, el general Salvador Cienfuegos, titular de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), expresó lo siguiente en torno a la iniciativa para regular los usos científicos y médicos de la amapola (*Papaver somniferum*), enviada por el Congreso del Estado de Guerrero (17/08/18)¹ a la Comisión Permanente del Congreso de la Unión:

“Ya está en la mesa. Creo que puede ser una salida al problema [de la violencia]. Aquí, lo único que habría que estar tratando de ver cómo se atendería, es la seguridad de esos campesinos, que ya no le van a vender a los delincuentes, sino que le van vender al gobierno para hacer la morfina, que es para atender el problema del dolor en los pacientes.

“Pero ese es un tema que tendrá que debatirse. En principio me parece que es correcto, es una propuesta que hizo ya el señor gobernador hace algún tiempo, habrá que ver cómo funciona” (declaración del General Salvador Cienfuegos, 5/10/18).²

Dos días después, el domingo 7 de octubre, la ahora senadora y próxima titular de la Secretaría de Gobernación (SEGOB), Olga Sánchez Cordero, señaló lo siguiente:

“En el tema de la amapola sí tenemos que ir con Naciones Unidas, con la Agencia de Naciones Unidas contra el Delito y la Droga. Tenemos que avanzar con ellos, porque ellos tienen una reglamentación en relación concretamente a la amapola [...] pues que hay que acatar y seguir, de acuerdo con los lineamientos que ellos están estableciendo [...] Hemos tenido varias, no una, varias pláticas con la Agencia de Naciones Unidas [...]

“Hay muchos pacientes que están teniendo enfermedades terminales en donde sí se requiere morfina y otros derivados de la amapola, para poder tener una muerte digna, y creo que vale la pena luchar para que estos enfermos terminales tengan una

muerte digna.” (declaración de la senadora Olga Sánchez Cordero, 7/10/18).³

Ambas declaraciones han reavivado el interés y el debate público por la posible regulación de la amapola y algunos de sus derivados.⁴ Frente a este renovado interés, y siendo probable que se retomen algunas de las iniciativas de la anterior legislatura o que se presenten nuevas propuestas relacionadas con esta temática, es pertinente reseñar algunos aspectos del contexto internacional.

En este tenor, cabe recordar el “evento de alto nivel” promovido por Estados Unidos en el seno de Naciones Unidas, y llevado a cabo el pasado 24 de septiembre. En este evento, 129 países firmaron el acuerdo no vinculante titulado “Llamado global a la acción sobre el problema mundial de drogas”.⁵ En este acuerdo, los países firmantes reafirmaron su compromiso con las Convenciones de Naciones Unidas relativas a narcóticos, sustancias psicotrópicas, narcotráfico y otras formas de delincuencia transnacional organizada. Estos países también reafirmaron su compromiso de colaborar con diversos órganos y agencias de Naciones Unidas, como la Comisión de Estupefacientes (CND), la Oficina contra la Droga y el Delito (UNODC), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Al firmar este “llamado a la acción”, liderado por Estados Unidos, los países también se comprometieron a la elaboración de planes de acción conforme una estrategia de “cuatro frentes”. De especial interés para los países donde se producen de algunas de estas sustancias, o por donde son traficadas, el último de los ‘frentes’ de la estrategia consiste en: “interrumpir el suministro

¹ Iniciativa disponible en: http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente_documento/83058

² <https://www.excelsior.com.mx/nacional/legalizar-amapola-podria-ser-la-salida-a-la-violencia-cienfuegos/1269771>
<http://www.milenio.com/policia/legalizar-amapola-podria-ser-salida-a-violencia-cienfuegos>

³ <https://www.animalpolitico.com/2018/10/amapola-marihuana-amlo-sanchez-cordero/>

<https://aristeguinoticias.com/0710/mexico/sanchez-cordero-va-por-despenalizacion-de-la-mariguana-para-usos-recreativos-y-amapola-con-fines-medicinales/>

⁴ <https://www.excelsior.com.mx/nacional/academicos-de-la-unam-respaldan-propuesta-de-cienfuegos-de-legalizar-amapola/1269887>
<http://www.milenio.com/politica/propuesta-de-legalizar-amapola-divide-a-especialistas>

⁵ <https://usun.state.gov/remarks/8629>

de drogas ilícitas impidiendo su producción, sean éstas cultivadas o manufacturadas, así como su circulación a través de las fronteras” (USUN, 24/09/18). Con un sentido muy similar, cabe recordar algunos fragmentos del discurso de Donald Trump, durante este evento:⁶

“El flagelo de la drogadicción continúa tomando muchas vidas en Estados Unidos y en otras naciones del mundo. Hoy, nos comprometemos a luchar juntos contra esta epidemia [...]

“Como sabemos, las drogas ilegales están vinculadas al crimen organizado, a los flujos financieros ilegales, a la corrupción y al terrorismo. Es vital para la salud pública y para la seguridad nacional que luchemos contra la adicción a las drogas y que detengamos todas las formas de tráfico y de contrabando que proveen la sangre vital financiera para los despiadados cárteles internacionales [...]

“Por estos motivos, el mes pasado, Estados Unidos anunció un ‘Llamado global a la acción sobre el problema mundial de drogas’. Este llamado es simple: reducir la demanda de drogas; interrumpir el suministro de drogas ilícitas; ampliar el tratamiento; y fortalecer la cooperación internacional. Si damos juntos estos pasos, podemos salvar las vidas de incontables personas en todos los rincones del mundo. Y cuando digo incontables, estoy hablando de millones y millones de personas” (fragmentos del discurso de Donald Trump, 24/09/18).

Este “llamado a la acción” y el tono del discurso del presidente Trump, no constituyen realmente una sorpresa, pues desde hace varios años Estados Unidos atraviesa por un serio problema de salud pública relacionado con el consumo problemático y con muertes por sobredosis de opioides. Aun así, estos antecedentes son relevantes para la discusión en México y para la definición de su futura política exterior pues es muy probable que, este “llamado global a la acción” refleje la postura que Estados Unidos impulsará en la siguiente reunión de la CND de nivel ministerial, programada para llevarse en marzo de 2019. De hecho, el 19 de marzo del presente año, el presidente Trump hizo pública una iniciativa para atender la ‘crisis’ de opioides de su país, en la que expresamente señala que buscará: “[...] ampliar la cooperación con México para reducir los suministros de heroína, de otros opioides ilegales, y de precursores químicos” (Trump, 19/03/18).⁷

Por estos y otros motivos, resulta pertinente revisar dos aspectos clave del contexto internacional: la ‘crisis’ o ‘epidemia’ de opioides en Estados Unidos; y el régimen de fiscalización global basado en las estimaciones de mercado de la JIFE de Naciones Unidas.



2. LA ‘CRISIS’ DE OPIOIDES EN ESTADOS UNIDOS

El 26 de octubre de 2017, Donald Trump declaró a la ‘crisis’ de opioides como una emergencia de salud pública en Estados Unidos. Según la declaración del secretario Eric Hargan, el contexto que dio origen a esta declaratoria es el siguiente:⁸

- Según los datos de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), cada día más de 140 estadounidenses mueren por sobredosis de drogas, y 91 específicamente por sobredosis de opioides.

- 52,404 estadounidenses murieron de sobredosis de drogas en 2015, y cifras preliminares indican que murieron al menos 64 mil en 2016.
- Declarar una emergencia de salud pública permitirá al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS): acelerar nombramientos temporales de personal especializado (según el financiamiento necesario); colaborar con la Agencia para el

⁶ <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/remarks-president-trump-global-call-action-world-drug-problem-event/>

⁷ <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/president-donald-j-trumps-initiative-stop-opioid-abuse-reduce-drug-supply-demand/>

⁸ <https://www.hhs.gov/about/news/2017/10/26/hhs-acting-secretary-declares-public-health-emergency-address-national-opioid-crisis.html>

Control de Drogas (DEA) para ampliar el acceso de ciertos grupos de pacientes a la telemedicina (video-llamadas, software especial y aplicaciones móviles) para el tratamiento de sus adicciones; así como para dotar de mayor flexibilidad a los programas de tratamiento del VIH/SIDA.

- Desde abril de 2017, el HHS había presentado al público una “Nueva estrategia de 5 puntos para lidiar con los opioides”, la cual consistía en:
 - mejorar el acceso a la prevención, tratamiento y servicios de apoyo a la recuperación;
 - facilitar la disponibilidad y la distribución de fármacos que revierten sobredosis [*overdose-reversign drugs*];
 - fortalecer el registro y recolección de datos sobre salud pública;
 - apoyar investigación ‘de punta’ o ‘de frontera’ sobre el dolor y las adicciones;
 - potenciar la práctica del tratamiento al dolor crónico.
- En el año fiscal 2017, el HHS invirtió cerca de 900 millones de dólares en financiamiento de cuestiones relacionadas con los opioides, incluyendo el apoyo a gobiernos locales y estatales, y grupos de la sociedad civil –a fin de apoyar el tratamiento y los servicios de recuperación, facilitar la disponibilidad de fármacos que revierten las sobredosis, entrenar primeros respondientes, etcétera–.

No es sencillo precisar las implicaciones o efectos concretos que esta declaratoria pudo tener sobre la relación bilateral México-Estados Unidos. Pero cabe recordar el tono del discurso del presidente Trump al darla a conocer a la sociedad estadounidense:

“Debemos detener el flujo de todo tipo de drogas ilegales hacia nuestras comunidades. Por demasiado tiempo se ha dejado que peligrosos cárteles cri-

minales se infiltren y diseminen por nuestra nación. Un pasmoso 90% de la heroína en Estados Unidos proviene del sur de nuestra frontera, donde estaremos construyendo un muro que ayudará considerablemente a resolver este problema. Tendremos un gran impacto.

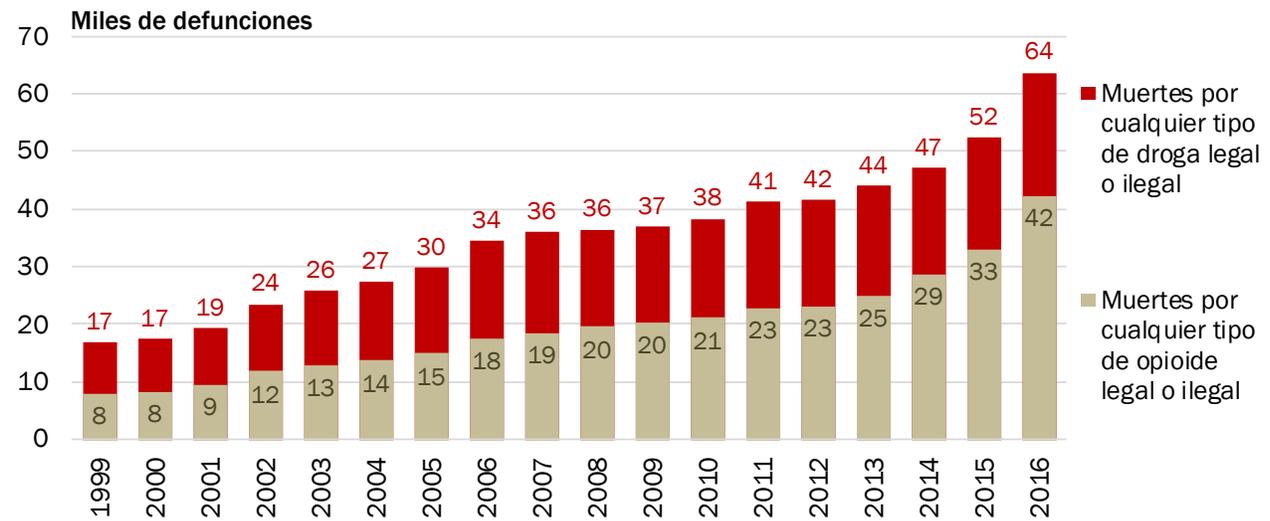
“[...] También debemos trabajar con otros países, para detener estas drogas en donde se originan [...] Algunos países tienen problemas más grandes que nosotros, ya sea que ese país sea China, o un país en Latinoamérica, no hace ninguna diferencia. Vamos a trabajar con todos ellos. Estamos llevando la pelea directamente a los criminales y a los lugares donde se produce este veneno [...]” (fragmentos del discurso del presidente Trump, 26/10/17).⁹

A fin de ponderar en su justa medida este tipo de declaraciones, es pertinente revisar las características más relevantes de la ‘crisis’ de opioides. Por principio, es cierto que las muertes por cualquier tipo de *droga* legal o ilegal (en Estados Unidos se utiliza este vocablo para referirse tanto a fármacos y medicamentos, como a sustancias ilegales), han aumentado a partir del año 2000, pasando de 17 mil muertes por sobredosis en ese año, a casi 64 mil en 2016 (gráfica 2). También es cierto que parte de este incremento se debe a más muertes por opioides (aunque no en su totalidad): de 8 mil muertes en el año 2000, pasaron a 42 mil en 2016. En términos relativos, las muertes por opioides pasaron de representar la mitad (48%) de las defunciones por sobredosis en 2000, a constituir dos tercios (66%) de las mismas para 2016.

No obstante, el tono y la narrativa de los discursos en torno a la ‘crisis’ de opioides se tornan cuestionables al desagregar el análisis según el *tipo de opioides* que causaron la defunción por sobredosis. Ejemplos de estas desagregaciones se muestran en la gráfica 1 (en portada) y en la gráfica 3 (siguiente página). Y tener claridad sobre estos datos pudiera ser importante para posibles negociaciones en materia de cooperación bilateral en materia de seguridad, y para el Senado de la República, en particular, dadas sus funciones de seguimiento y supervisión de la política exterior (ver Vásquez, 2015).

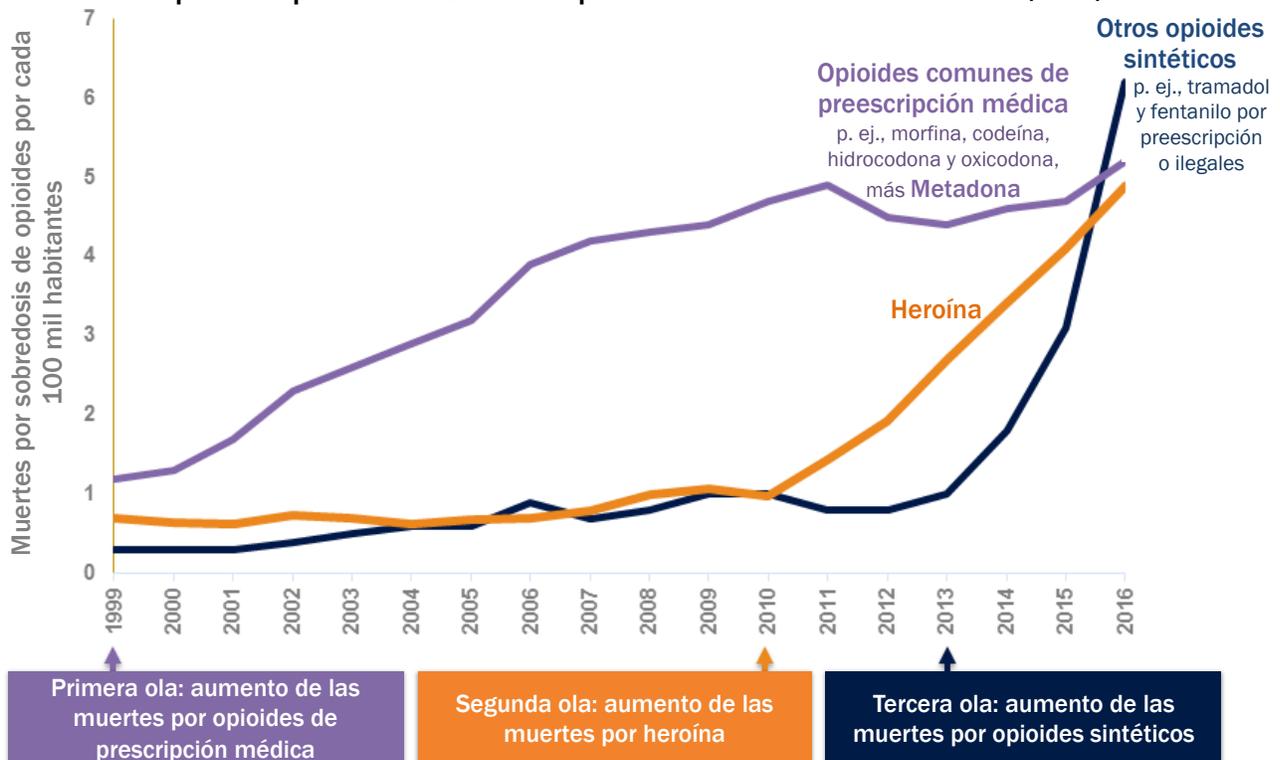
⁹ <http://insider.foxnews.com/2017/10/26/donald-trump-opioid-address-heroin-comes-over-mexican-border-were-building-wall>

Gráfica 2. Muertes en Estados Unidos (en miles) por sobredosis de cualquier tipo de droga legal o ilegal (en color rojo), y por cualquier tipo de opioide legal o ilegal (en color café).



Fuente: elaboración propia con datos recopilados por Hedegaard, Warner y Miniño (2017), originales del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), datos disponibles en <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db294.htm>

Gráfica 3. Tres 'olas' distintas de la 'crisis' de opioides en Estados Unidos, de acuerdo con el portal especial de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)



Fuente: gráfica tomada directamente del portal especial de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC); con traducción propia, versión original disponible en <https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html>

La gráfica 1 (en la portada) muestra las tasas de mortalidad por sobredosis, ajustadas por edad, según tipos de opioides (Hedegaard, Warner y Miniño, 2017). En esta gráfica puede observarse que las muertes por heroína se mantuvieron en niveles bajos y estables durante la primera mitad de la década pasada; mientras que, desde 2001, las muertes por metadona y otros opioides de prescripción médica comenzaron a aumentar (morfina, codeína, hidrocodona y oxicodona). Al respecto, se observa un aumento en las muertes por metadona hasta 2006, así como un incremento sostenido en las muertes por opioides de prescripción médica hasta el año 2011. Es sólo hasta después de 2006, al estabilizarse las muertes por metadona, cuando se observa un ligero aumento en las muertes por heroína, y es a partir de 2010 cuando se observa una aceleración en su tendencia, que las lleva a igualar y superar a las muertes por opioides de prescripción médica en 2016.

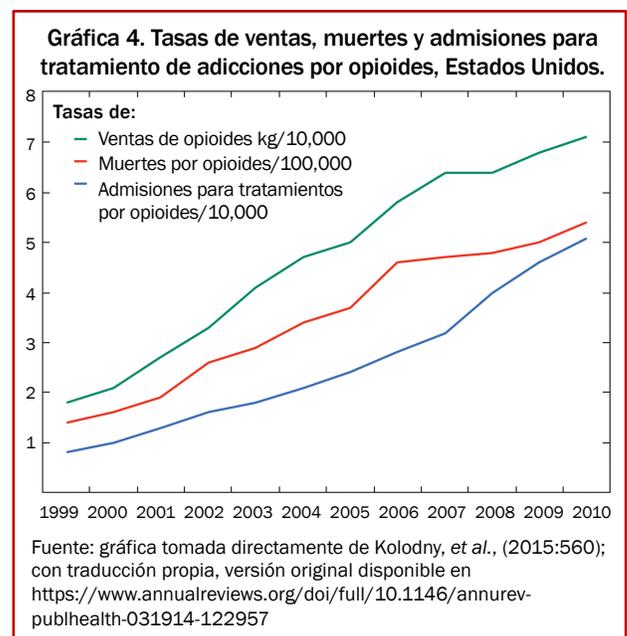
Cabe remarcar que, la metadona también es una sustancia farmacéutica que se distribuye por prescripción médica (se usa para tratar el síndrome de abstinencia). Así, tiene sentido agregar la tasa de mortalidad de la metadona a la de los opioides de prescripción médica común. De hecho, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) mantienen un portal sobre la ‘epidemia’ de opioides donde presentan esta categoría agregada en su sección introductoria, dividen el periodo de 1996 a 2016 en tres ‘olas’ definidas por los momentos en que inician los aumentos de las muertes por distintos tipos de opioides (ver gráfica 3). Según CDC, las tres distintas etapas de esta ‘crisis’ han sido:

- 1) de 1999 a 2010, cuando se gesta la ‘crisis’ por un aumento sostenido de las muertes por opioides de prescripción médica;
- 2) de 2010 a 2013, cuando se observa un notable aumento de las muertes por heroína pero todavía muy por debajo de las provocadas por los opioides de prescripción médica; y
- 3) de 2013 en adelante, cuando aumentan de forma casi exponencial las muertes por

opioides sintéticos (legales e ilegales) hasta 2016, cuando por primera vez, estos últimos provocaron más muertes que los opioides naturales y semi-sintéticos de prescripción médica más común.

Estas etapas, definidas por los cambios en las tendencias de las tasas de mortalidad según tipos de opioides, hacen evidente la necesidad de discutir los roles ocupados por los fármacos de prescripción médica, por la industria farmacéutica y por el propio sistema médico. De hecho, varios autores han concluido que este tipo de fármacos han sido el principal factor detrás del incremento de muertes por sobredosis de opioides durante los últimos 15 años (US Department of Justice, 2011; Paulozzi *et al.*, 2011a, 2011b; Kolodny, *et al.*, 2015).

Un aspecto relevante de la gestación de esta ‘crisis’, es que el aumento de la mortalidad por opioides de prescripción médica fue antecedido por una tendencia similar en las ventas de estos fármacos. La gráfica 4 muestra tres tendencias que reflejan una fuerte relación causal: el aumento de ventas de opioides de prescripción médica; seguido del aumento de muertes por sobredosis de cualquier tipo de opioides; y ambas tendencias seguidas por el aumento de ingresos a tratamiento de adicciones por opioides.



En cuanto a la relación entre ventas de opioides de prescripción médica, y muertes por sobredosis de cualquier tipo de opioides, Andrew Kolodny *et al.* (2015) explican lo siguiente:

“Otro aspecto importante de la epidemia de adicciones a los opioides es la relación entre los OPR [opioides de prescripción médica para el tratamiento del dolor] y el uso de heroína. Según la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (NSDUH), 4 de cada 5 usuarios actuales de heroína declaran que su consumo de opioides inició con los OPR. Muchos de estos individuos parecen haber cambiado [su consumo] hacia la heroína después de volverse adictos a los OPR porque la heroína es menos cara en el mercado negro. Por ejemplo, en una reciente muestra de individuos adictos a los opioides, que cambiaron de los OPR a la heroína, 94% reporta haberlo hecho porque los OPR “eran mucho más caros y más difíciles de obtener” (Kolodny *et al.*, 2015:560).

A su vez, las ventas de opioides fueron impulsadas directamente por prescripciones médicas (es decir, el aumento en ventas ocurrió dentro del mercado legal). Para dar una idea de las cantidades de opioides que se estaban entregando por receta médica, CDC señaló que, durante 2010, se prescribieron suficientes opioides como para mantener medicados a todos los estadounidenses adultos durante todos los días de un mes entero. Algunas de las estimaciones que esta oficina publicó en 2011 fueron las siguientes (2011:2):¹⁰

- La cantidad de analgésicos vendidos por prescripción médica en farmacias, hospitales y consultorios, fue 4 veces mayor en 2010 que en 1999.
- Muchos estados reportaron problemas con ‘molinillos de pastillas’ [*mill-pills*], donde doctores prescriben grandes cantidades de opioides a personas que no los necesitan. Algunas personas obtienen recetas médicas de diversas fuentes a través de la “compra de médicos”.
- Los estados con mayores ventas por persona, y mayor uso no médico de opioides analgésicos de prescripción médica, tien-

den a registrar más muertes por sobredosis de cualquier tipo de drogas.

Desde finales de la década pasada, diversos autores fueron detallando las relaciones entre la prescripción médica de opioides analgésicos, con los usos problemáticos y las muertes por sobredosis de opioides. Por ejemplo, desde 2007, Theodore Cicero *et al.*, identificaron que ciertos tipos específicos de opioides eran mucho más frecuentes en conductas de abuso y de uso problemático, en particular: la buprenorfina; la oxycodona de liberación retardada [*extended release*]; y la metadona. Aun más, desde hace algunos años, en la página especial de CDC se identifican las marcas más relacionadas con los usos problemáticos y con las muertes por sobredosis. Según señala esta oficina gubernamental, los fármacos más frecuentemente relacionados con sobredosis de opioides son:¹¹

- Metadona
- Oxycodona (con marcas comerciales tales como OxyContin®)
- Hidrocodona (con marcas comerciales tales como Vicodin®)

2.1 El papel de la industria farmacéutica

Varios investigadores académicos han estudiado el papel que jugó la industria farmacéutica en la gestación de esta ‘crisis’. El caso más estudiado es el de Purdue Pharma. Por ejemplo, Art Van Zee (2009) explicó en *American Journal of Public Health*, las estrategias de promoción y comercialización de esta empresa cuando introdujo al mercado, en 1996, su oxycodona de liberación extendida o retardada, bajo la marca OxyContin®.

Entre las estrategias de comercialización de Purdue Pharma, que detalla Van Zee en su artículo, se encuentran programas de cupones, relación directa con médicos de cuidados primarios (atención primaria), ingreso a mercados no relacionados con el tratamiento paliativo para enfermos de cáncer, y minimización del riesgo de adicción. De hecho, Van Zee muestra expresamente que los

¹⁰ <https://www.cdc.gov/vitalsigns/prescriptionpainkilleroverdoses>

¹¹ <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/prescribing.html>

representantes de ventas de esta empresa fueron entrenados para decir que el riesgo a la adicción del OxyContin® era “menos de 1%” (p. 223). Esta empresa incluso logró que la Agencia de Medicinas y Alimentos (FDA) aprobara que, en el etiquetado original de este fármaco, se indicara que la adicción iatrogénica era “muy poco frecuente si los opioides eran usados legítimamente para el tratamiento del dolor” (p. 224).

Kolodny *et al.* (2015) relatan que, entre 1996 y 2005, Purdue Pharma financió más de 20 mil programas educacionales sobre el dolor, junto con una campaña multifacética para promover el uso de largo plazo de opioides analgésicos. Como parte de esta campaña, Purdue otorgó apoyos financieros a grupos de pacientes y organizaciones como la American Pain Society, la American Academy of Pain Medicine, y la Federation of State Medical Boards. A su vez, estas organizaciones abogaron por una mejor identificación y mayor aplicación de tratamientos, incluyendo el uso de opioides, para el dolor.

“Antes de la llegada de OxyContin®, muchos médicos eran reacios a prescribir opioides como tratamiento de largo plazo para padecimientos crónicos, debido a sus preocupaciones sobre la adicción, la tolerancia y la dependencia psicológica. Para superar lo que denominaron como ‘opiofobia’, los cabilderos de las farmacéuticas publicaron artículos y dieron conferencias donde decían que la comunidad médica había confundido adicción con ‘dependencia física.’ También afirmaban que la adicción era poco frecuente y completamente distinta de la ‘dependencia física,’ la cual, según ellos, era ‘clínicamente no relevante.’ Además, citaban estudios con fallas metodológicas donde se remarcaba que el riesgo de adicción era menor a 1%” (Kolodny *et al.*, 2015:560)

Van Zee (2009) señala que, gracias a este tipo de estrategias de promoción y comercialización, las ventas de OxyContin® pasaron de 48 millones de dólares en 1996, a casi mil millones en el año 2000. Y dada la alta correlación entre su disponibilidad pública y su abuso (o uso problemático), para 2004 este fármaco ya era la principal droga de abuso en Estados Unidos (incluso por encima

de las drogas ilegales). Una cifra reveladora que menciona este autor, es la siguiente, de entre las personas que comenzaron a usar drogas ilegales en 2005, un total de 2.1 millones declaró que la primera droga que probó en su vida fue algún tipo de opioide de prescripción médica, cifra similar a los 2.3 millones de personas que dijeron haber fumado cigarros como primera droga en su vida (tabaco y nicotina). Esta cifra es reveladora, entre otras razones, porque muestra la importancia de tomar en cuenta a los fármacos de prescripción médica cuando se debate sobre las drogas de ‘entrada’ a las adicciones (en las discusiones estadounidenses se refieren como *gateway drugs*).

El 10 de mayo de 2007, una filial de Purdue Pharma, Purdue Frederick Company, y tres de sus altos ejecutivos, se declararon culpables ante una corte federal por el delito de engañar a los consumidores mediante un etiquetado y una imagen promocional fraudulentos, donde se afirmaba que OxyContin® era un fármaco menos adictivo y menos propenso a ser consumido de forma problemática que otros opioides como Percocet® o Vicodin®. Esta declaración de culpabilidad abarcó un periodo de finales de 1995, cuando la FDA aprobó OxyContin® para venta al público, hasta 2001, cuando la compañía cambió la imagen promocional de este fármaco debido a críticas públicas y a un mayor escrutinio gubernamental. Durante este periodo, OxyContin® generó 2.8 miles de millones de dólares de ganancias para Purdue Pharma. Por haberse declarado culpable, esta compañía pagó una multa de 600 millones y los tres ejecutivos pagaron un total de 34.5 millones en multas.¹²

Algunos reportajes han llamado la atención sobre el bajo monto de las multas aplicadas, en comparación con las ganancias obtenidas por la empresa farmacéutica. Según una investigación de *Los Angeles Times*,¹³ OxyContin® generó en 2003 y 2004 ventas por cerca de 2 mil millones de dólares anuales, y en 2009-2011, por casi 3 mil millones anuales. La historia de Purdue Pharma

¹² <http://www.nytimes.com/2007/05/10/business/11drug-web.html>

¹³ <http://www.latimes.com/projects/oxycontin-part1/>

y de las ganancias generadas por OxyContin® para sus dueños, la familia Sackler, ha sido contada a detalle por las revistas *Esquire* y *The New Yorker*.¹⁴

Después de mayo de 2007 han surgido otras demandas legales en contra de Purdue Pharma y de otras empresas comercializadoras de analgésicos opioides. Tan sólo unos meses después de la declaración de culpabilidad de Purdue Frederick Co., el Fiscal General de Kentucky demandó a Purdue Pharma por engañar a los consumidores sobre el potencial adictivo de OxyContin®.¹⁵ En años más recientes, otros estados como Illinois, Mississippi, Nueva Jersey, Ohio y Washington, han demandado por motivos similares a Purdue Pharma, Endo Pharmaceuticals, Allergan, Teva Pharmaceuticals, y a Janssen Pharmaceuticals, filial de Johnson & Johnson.¹⁶

Debido al aumento de críticas públicas y de desencuentros legales, Purdue Pharma cambió en 2010 la fórmula de OxyContin®, buscando evitar el uso indebido inhalado o inyectado. Y se estima que, desde que la empresa implementó este cambio, sus ventas han caído 40%; lo cual sugiere que casi la mitad de sus consumidores estaban pulverizando sus pastillas para inhalarlas o inyectárselas.¹⁷ De hecho, Sam Quinones (2015), en su libro *Dreamland: The True Tale of America's Opiate Epidemic*, afirma que fue la adicción a los analgésicos opioides el fenómeno que abrió las puertas al repunte de adicciones y muertes por heroína y fentanilo. De acuerdo con Quinones, son los consumidores relativamente jóvenes o pobres de OxyContin® –para quienes resulta difícil acceder al producto–, los que han recurrido al mercado negro de heroína.

William Evans, Ethan Lieber y Patrick Power (2017) sostienen la misma conclusión que Sam

Quinones. Estos investigadores atribuyen el dramático aumento de muertes por sobredosis de heroína, primero, a la adicción al OxyContin®, y segundo, a la reformulación de este fármaco y a las trabas a su acceso por parte de las personas ya adictas, quienes recurrieron a la heroína al no poder conseguir analgésicos opioides. Evans y sus coautores utilizaron la técnica econométrica de “análisis de diferencias en diferencias” para examinar el consumo y las muertes por sobredosis de OxyContin® y de heroína, y llegaron a la siguiente conclusión:

“El dramático aumento de las muertes por heroína desde 2010, y los impactos de la reformulación del OxyContin sobre las prácticas de abuso de opioides han sido estudiados ampliamente, pero la vinculación de estos eventos ha sido principalmente circunstancial. Nosotros proveemos evidencia cuantitativa sobre cómo esta reformulación del OxyContin, en agosto de 2010, llevó al aumento de la tasa de muertes por heroína. Aún más, encontramos que en los estados donde existía un alto riesgo de sustitución de los opioides por la heroína, esta reformulación no redujo, en nada, la tasa de mortalidad combinada por heroína y opioides” (Evans, Lieber y Power, 2017:25).

Un aspecto muy relevante de esta ‘crisis’ en Estados Unidos, que hasta ahora no se ha discutido, es que Purdue Pharma y otras empresas similares no producen amapola, ni los derivados directos del opio en ese país. De tal manera que todas estas empresas debieron importar legalmente sus materias primas. Lo cual abre cuestionamientos no sólo sobre las agencias reguladoras de Estados Unidos, como la FDA, sino también sobre el sistema internacional de fiscalización de drogas, toda vez que las cantidades de opiáceos que importaron estas empresas durante los últimos 20 años debieron ser enormes dada la magnitud de esta ‘crisis.’ Y uno supondría que semejantes

¹⁴ <http://www.esquire.com/news-politics/a12775932/sackler-family-oxycontin/>
<https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain>

¹⁵ http://usatoday30.usatoday.com/money/economy/2007-10-04-3869518294_x.htm
<https://www.cbsnews.com/news/kentucky-settles-lawsuit-with-oxycontin-maker-for-24-million/>

¹⁶ <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-10-31/new-jersey-joins-states-suing-purdue-pharma-for-opioid-marketing>

<https://www.theatlantic.com/business/archive/2017/06/lawsuit-pharmaceutical-companies-opioids/529020/>
<https://www.reuters.com/article/us-washington-opioids/washington-state-sues-oxycontin-maker-purdue-pharm-idUSKCN1C32LM>

<https://www.npr.org/sections/thetwo-way/2017/05/31/530929307/ohio-sues-5-major-drug-companies-for-fueling-opioid-epidemic>

¹⁷ <https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain>

cantidades de opiáceos, comercializadas internacionalmente, debieron generar alguna alerta o al menos, algún tipo de observación internacional. Pero hasta el momento, no me ha sido posible encontrar ningún documento público que muestre semejante alerta u observación por parte del sistema internacional de fiscalización de drogas. Esto no sólo es relevante para el Senado de la República por sus funciones de seguimiento al cumplimiento de tratados internacionales (Vásquez, 2015), sino por el estado actual de las discusiones internacionales sobre estos temas, y porque estas mismas empresas han comenzado a incursionar en los mercados internacionales.

2.2 Nuevos mercados internacionales

Una investigación de *Los Angeles Times*,¹⁸ reveló que la empresa Mundipharma, también propiedad de la familia Sackler, ya está usando tácticas de comercialización similares a Purdue Pharma en México, Brasil, China, Colombia, Corea del Sur, Filipinas y otros países (gráfica 5). En esta investigación se señala que, Mundipharma, después de iniciar operaciones en México en 2014, declaró públicamente que 28 millones de mexicanos sufrían de dolor crónico. Además, se relata la participación activa de médicos mexicanos en seminarios organizados por esta empresa. En el artículo también se menciona la entrada de Teva Pharmaceuticals y de Grupo Grünenthal al mer-

cado mexicano, a través de la compra de farmacéuticas locales.

En mayo de 2017, doce miembros del Congreso de Estados Unidos enviaron una carta a la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁹ a través de la cual buscaron advertir a esta agencia de Naciones Unidas, y a la comunidad internacional, sobre las prácticas de Mundipharma. En esta carta señalan lo siguiente:

“Escribimos para advertir a la comunidad internacional sobre las prácticas engañosas y peligrosas de Mundipharma Internacional –una filial de Purdue Pharma–. La avaricia e imprudencia de una compañía y de sus socios, ayudaron a desatar una crisis de salud pública en Estados Unidos, la cual nos llevará generaciones reparar. Urgimos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a hacer todo lo que esté en su poder para evitar que estas mismas personas inicien una epidemia mundial de opioides. Por favor tomen ejemplo de nuestra experiencia y no permitan que Mundipharma lleve el letal legado de Purdue al escenario global.

“[...] No permitan que Purdue tome distancia de la tragedia que ha infligido a innumerables familias estadounidenses, para simplemente encontrar nuevos mercados y nuevas víctimas en otros lugares” (Clark et al., 2017).

Todo lo anterior hace necesaria y relevante una revisión del funcionamiento del sistema internacional de fiscalización de drogas, encabezado por Naciones Unidas.

Gráfica 5. Captura de pantalla de la animación interactiva de *Los Angeles Times*, donde se muestran los países y locaciones donde Mundipharma, filial de Purdue Pharma, ha iniciado operaciones.



Fuente: mapa tomado directamente del portal especial de *Los Angeles Times*, donde se presenta la investigación especial sobre Purdue Pharma; versión original disponible en <http://www.latimes.com/projects/la-me-oxycontin-part3/>

¹⁸ <http://www.latimes.com/projects/la-me-oxycontin-part3/>

¹⁹ http://katherineclark.house.gov/_cache/files/a577bd3c-29ec-4bb9-bdba-1ca71c784113/mundipharma-letter-signatures.pdf



3. EL CONTROL INTERNACIONAL DEL MERCADO DE DROGAS

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es el órgano de Naciones Unidas que encabeza el control internacional de los mercados de drogas, esto con dos objetivos principales: eliminar el mercado negro; y garantizar suministros adecuados para fines médicos y científicos. Este órgano está conformado por tres personas nominadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diez personas nominadas por los Estados parte. Actualmente, las personas nominadas por la OMS provienen de China, Australia y Los Países Bajos; mientras que los demás miembros provienen de Turquía, Estados Unidos, Rusia, Francia, México, Perú, India, Tailandia, Colombia y Marruecos. Cabe hacer notar la naturaleza especial “cuasi-judicial” de este organismo internacional, según se especifica en su portal oficial:

“La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es un órgano independiente y cuasi-judicial que monitorea la implementación de las convenciones de Naciones Unidas para el control internacional de drogas [...]

“Las funciones de la JIFE se describen en los siguientes tratados: la Convención Única sobre Drogas Narcóticas de 1961; la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y de Sustancias Psicotrópicas de 1988” (página red oficial de la JIFE, 15/10/18).²⁰

De acuerdo con su mandato, la JIFE estima y promueve medidas para ajustar tanto la oferta como la demanda de diversas sustancias controladas, entre ellas de opiáceos y opioides. Es pertinente citar textualmente la descripción que la propia JIFE hace de sus funciones:

“1. Administra un sistema de estimaciones de drogas narcóticas, un sistema de evaluación voluntaria de sustancias psicotrópicas, y monitorea actividades ilícitas relacionadas con drogas a través de un sistema estadístico de devoluciones, **con miras de ayudar a los gobiernos a alcanzar, entre otros objetivos, un balance entre la oferta y la demanda;**

“2. Monitorea y promueve medidas tomadas por los gobiernos para prevenir el desvío de sustancias utilizadas en la manufactura ilícita de drogas estupefacientes y de sustancias psicotrópicas, y valora dichas sustancias para determinar si existe la necesidad de efectuar cambios en los Cuadros I y II de la Convención de 1988 [en los cuales se clasifican diversas sustancias según sus usos médicos y su supuesta ‘peligrosidad’ para la sociedad];

“3. Analiza la información proveída por los gobiernos, y los organismos y las agencias especializadas de Naciones Unidas, y otras organizaciones internacionales competentes, con miras a asegurar que las disposiciones de los tratados internacionales de control de drogas están siendo seguidas adecuadamente por los gobiernos, y recomienda medidas remediales;

“[...] Si, a pesar de todo, la JIFE observa que no se han tomado las medidas necesarias para remediar una situación seria, puede llevar el asunto a la atención de las partes involucradas, de la Comisión de Estupefacientes, y del Consejo Económico y Social [de Naciones Unidas]. Como último recurso, **los tratados facultan a la JIFE para recomendar a las partes que dejen de importar drogas [medicinas y otras sustancias] del país que se encuentra en default, de exportar drogas [medicinas y otras sustancias] a ese país, o de tomar ambas medidas**” (énfasis añadido; página oficial de la JIFE, 15/10/18).²⁰

Resulta entonces de suma importancia revisar el mecanismo mediante el cual la JIFE estima este supuesto *balance entre la oferta y la demanda* de las sustancias controladas. En su informe de 2015, este organismo explica lo siguiente:

“**El sistema de previsiones de las necesidades anuales legítimas** de estupefacientes y sustancias psicotrópicas **es la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas.** Permite a los países exportadores y a los importadores por igual mantener el comercio de esas sustancias **dentro de los límites determinados por los gobiernos de los países importadores** y evitar desviaciones de sustancias sujetas a la fiscalización del comercio internacional [...] Las previsiones de las necesidades anuales de sustancias psicotrópicas y de las necesidades anuales de determinados precursores ayudan a los Gobiernos a detectar operaciones inusuales. En

²⁰ <https://www.incb.org/incb/en/about/mandate-functions.html>

muchos casos, se ha impedido la desviación de una sustancia sometida a fiscalización al haberse negado el país exportador a autorizar la exportación de la sustancia **porque la cantidad por exportar habría excedido la que necesitaba el país importador**” (énfasis añadido; JIFE, 2015a, párr. 62).

De esta descripción, es importante notar que son los gobiernos de los países importadores los que determinan los límites para este sistema de previsión de ‘necesidades legítimas.’ Surge entonces la siguiente pregunta: ¿Cómo se estiman las *necesidades legítimas* de opiáceos y opioides en cada país? La respuesta se encuentra en los mismos reportes anuales de la JIFE:

“Los gobiernos están obligados a respetar los límites de las importaciones y exportaciones de estupefacientes previstos en los artículos 21 y 31 de la Convención de 1961. En el artículo 21 se establece, entre otras cosas, **que la cantidad total de cada droga fabricada o importada por un país o territorio en un año no excederá de la suma de** las siguientes cantidades: **la cantidad consumida con fines médicos** o científicos; la cantidad utilizada, dentro de los límites de las previsiones correspondientes, para la fabricación de otras drogas, preparados o sustancias; la cantidad exportada; la cantidad añadida a las existencias con objeto de llevarlas al nivel fijado en las previsiones correspondientes; y la cantidad adquirida, dentro de los límites de las previsiones correspondientes, con fines especiales. En el artículo 31 se exige a todos los países exportadores que limiten la exportación de estupefacientes a cualquier país o territorio **de manera que las cantidades importadas no superen los límites del total de las previsiones del país o territorio importador**, más las cantidades destinadas a la reexportación” (énfasis añadido; JIFE, 2015a, párr. 64).

Esto es, las ‘necesidades legítimas’ de opiáceos y opioides en cada país no se calculan a partir de estimaciones de *necesidades médicas*, como pudieran ser tasas de prevalencia y de incidencia de cáncer y otras enfermedades cuyo tratamiento requiere analgésicos para dolor severo. Ocurre entonces que, las ‘necesidades legítimas’ se calculan a partir de la *cantidad consumida*, más otras cantidades relacionadas con la producción, el almacenamiento, la exportación y reexportación de éstas y otras sustancias controladas. La noción de *cantidad consumida* con fines médicos se refie-

re, en términos económicos, al *consumo* o *demanda efectiva* –según los precios fijados en el mercado internacional, claro está-. De hecho, esto fue precisamente lo que ocurrió en Estados Unidos, toda vez que se registró un aumento sostenido de la *demanda* o del *consumo efectivo* de opioides de prescripción médica durante toda una década: casi se cuadruplicaron las ventas de estos opioides de 1999 a 2010 (gráfica 4). Pero dadas las normas que rigen al sistema internacional de fiscalización de drogas, este notable aumento en el consumo de opioides debió ser considerado como parte de las ‘necesidades legítimas’ de Estados Unidos, pues estos opioides de prescripción médica fueron efectivamente *consumidos* por el sistema de salud de este país a los precios fijados en el mercado internacional.

Es así que, el control internacional de drogas no opera según consideraciones de salud pública, sino bajo un enfoque meramente económico. Y el mejor ejemplo de esto es, precisamente, la ‘crisis’ de opioides de Estados Unidos: mientras las personas sigan comprando OxyContin®, Vicodin® y otros fármacos similares, sean compras personales o por cobertura de seguros gubernamentales y privados de gastos médicos, el *consumo efectivo* o *demanda* de estos productos, y de sus materias primas en el mercado internacional, se seguiría considerando por la JIFE como parte de las ‘necesidades legítimas’ de importación de drogas de ese país.

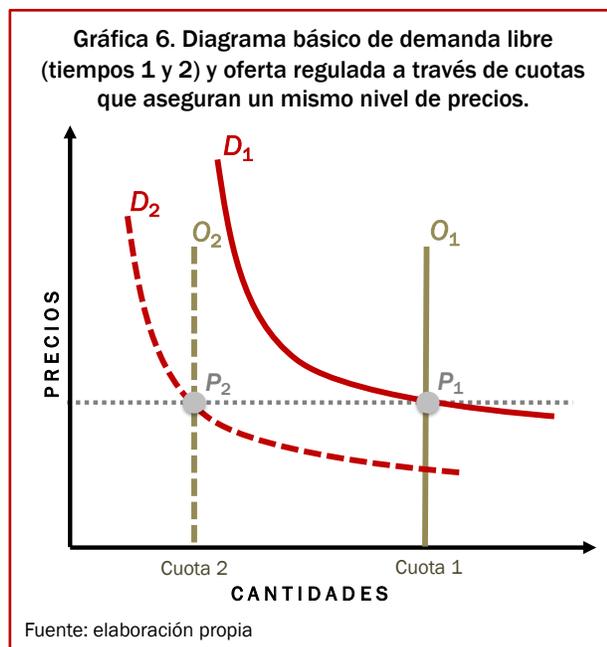
En otras palabras, la JIFE y el sistema internacional de fiscalización de drogas, ejercen un control mercantilista sobre el mercado global de opiáceos, operando en términos estrictos como un *regulador de la oferta*, a través de cuotas de producción, almacenamiento y exportación, según se registren cambios en el *consumo efectivo*. En los reportes anuales de la JIFE se explica, de forma rutinaria, este control sobre la *oferta* y la *demanda* de drogas el mercado internacional. El objetivo, según los propios informes de este organismo, consiste en asegurar un *equilibrio permanente*:

“La Junta [...] examina periódicamente **cuestiones relativas a la oferta y la demanda de opiáceos** para fines lícitos, y procura **asegurar un equilibrio perma-**

nente entre esa oferta y esa demanda sobre la base de los datos proporcionados por los Gobiernos [...]

“Con el fin de **evaluar la situación de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos**, la Junta analiza los datos que le proporcionan los Gobiernos sobre esas materias primas y sobre los opiáceos fabricados a partir de ellas. Además, examina información sobre la utilización de esas materias primas, **la previsión de su consumo** para fines lícitos y **las existencias a escala mundial**” (énfasis añadido; JIFE, 2016, párrs. 105 y 106).

En términos estrictamente económicos, el *equilibrio permanente* que se “procura asegurar” representa el *precio de mercado*. Por principio básico de economía, al ajustar cuotas de producción, almacenamiento y exportación (es decir, *la oferta*) de opiáceos y opioides conforme *la demanda*, se ejerce un control indirecto, pero efectivo, sobre los precios de los medicamentos derivados del opio (y claro está, este control indirecto de precios garantiza niveles de ganancias para las empresas involucradas en el comercio global de opiáceos y opioides). En la gráfica 6 se muestra un diagrama para ilustrar el punto anterior, donde una reducción de la demanda (de D_1 a D_2) es seguida de un ajuste en las cuotas que rigen la oferta (de O_1 a O_2), lo cual garantiza que se mantenga el nivel de precios (P_1 igual a P_2).



Desde una perspectiva estrictamente económica, existe un efecto secundario que no se discute en los informes anuales de la JIFE. Cuando se dice en estos informes que el posible incumplimiento del sistema de previsiones de ‘necesidades legítimas’ podría “facilitar la desviación de sustancias fiscalizadas del comercio internacional lícito hacia canales ilícitos” (JIFE, 2015a, párr. 63), se omite la discusión sobre otro efecto de la sobreoferta, que llevaría a una disminución de los precios de los fármacos producidos con estas sustancias controladas (así como de las ganancias de las empresas involucradas en este mercado). La relevancia del *control de la oferta*, según las *fluctuaciones de la demanda*, se vuelve evidente al leer las secciones de los informes de la JIFE relativas a la “oferta y demanda de materias primas de opiáceos”:

“La demanda mundial de los fabricantes de materias primas de opiáceos ricas en tebaína ha venido disminuyendo desde 2012, probablemente como resultado de las restricciones sobre los medicamentos de venta con receta establecidas en los Estados Unidos, el principal mercado [...]

“En 2015, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína volvió a superar la demanda. Sin embargo, la brecha entre la producción y la demanda se redujo, con una disminución de las existencias (274 t) a finales de 2015 [...] Se prevé que la producción aumentará en 2016 y 2017 [...] La oferta mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína (existencias y producción) resultará más que suficiente para satisfacer la demanda mundial en 2016 y 2017” (JIFE, 2016, párr. 121 y 125).

En 2015, la JIFE publicó un reporte especial sobre la *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional*. En este reporte se analiza, entre otros aspectos, la disponibilidad de opioides desde dos enfoques, uno orientado por estimaciones de oferta/demanda, y otro más enfocado en necesidades médicas. Como muestra de la primera perspectiva, el gráfico 7 muestra dos ejemplos de gráficas tomadas de este reporte especial, donde se contrasta el consumo y la utilización (es decir, *la demanda*), con la fabricación y las existencias (*la oferta*), de morfina y codeína. Desde esta perspectiva, la JIFE (2015b) concluyó lo siguiente:

“En general, los datos obtenidos indican que el volumen de materias primas de opiáceos de que se dispone **para fabricar estupefacientes analgésicos es más que suficiente para atender a la demanda actual** prevista por los gobiernos. Además, tanto la producción como las existencias siguen aumentando” (JIFE, 2015b, párr. 62).

En contraste con lo señalado en el párrafo citado, desde una perspectiva de necesidades médicas, la JIFE expresó, en el mismo reporte especial, esta otra conclusión:

“Cada año, alrededor de 5.5 millones de pacientes terminales de cáncer, 1 millón de pacientes que se encuentran en las etapas finales del VIH/SIDA y 800,000 pacientes con lesiones mortales causadas por accidentes o actos de violencia, además de pacientes con enfermedades crónicas, pacientes que se recuperan de intervenciones quirúrgicas, parturientas y pacientes pediátricos, sufren dolores de moderados a intensos que no se tratan o que se tratan de manera insuficiente. **En total, la OMS calcula que cada año decenas de millones de personas sufren sin el tratamiento adecuado.**

“Se calcula que, de los 20 millones de personas que necesitan cuidados paliativos al final de sus vidas,

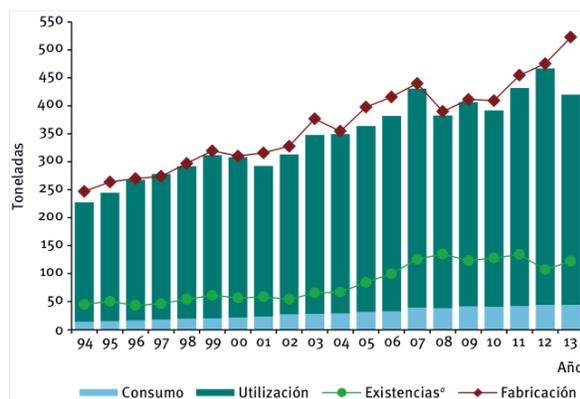
aproximadamente el 80% vive en países de ingresos medianos o bajos. Según la Worldwide Palliative Care Alliance, **cada año por lo menos 100 millones de personas en todo el mundo se beneficiarían de cuidados paliativos, pero menos del 8% tienen acceso a ellos [...]**

“A pesar de la prevalencia común en todas las regiones de las afecciones mencionadas, los medicamentos para el alivio del dolor no están disponibles en cantidades suficientes, son difíciles de conseguir debido a unos procedimientos indebidamente restrictivos, y no se recetan por la falta de formación y de capacidad de los profesionales sanitarios y por el temor a la adicción, que les disuade de recetarlos” (énfasis añadido, JIFE, 2015b, párrs. 64, 65 y 68).

Todo lo anterior, da como resultado un consumo internacional notablemente desigual de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor. El gráfico 8 muestra un mapa y una gráfica elaborados por la propia JIFE (2015b), en donde se observa que son los países con mayor poder adquisitivo (*de compra*), los que tienen una mayor ‘disponibilidad’ de opioides para el tratamiento del dolor (es decir, los que pueden *pagar* un mayor consumo).

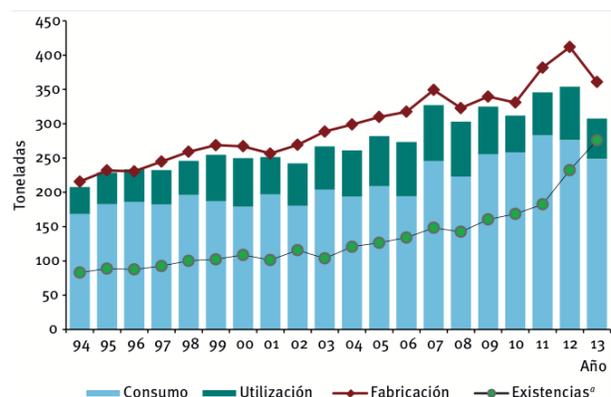
Gráfica 7. Gráficas del reporte especial de la JIFE donde se contrasta el consumo y la utilización (demanda en barras) con la fabricación y las existencias (oferta en líneas) de morfina y codeína.

Gráfico 1. Morfina: fabricación, existencias, consumo y utilización a nivel mundial, 1994-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Existencias al 31 de diciembre de cada año.

Gráfico 3. Codeína: fabricación, existencias, consumo y utilización a nivel mundial, 1994-2013

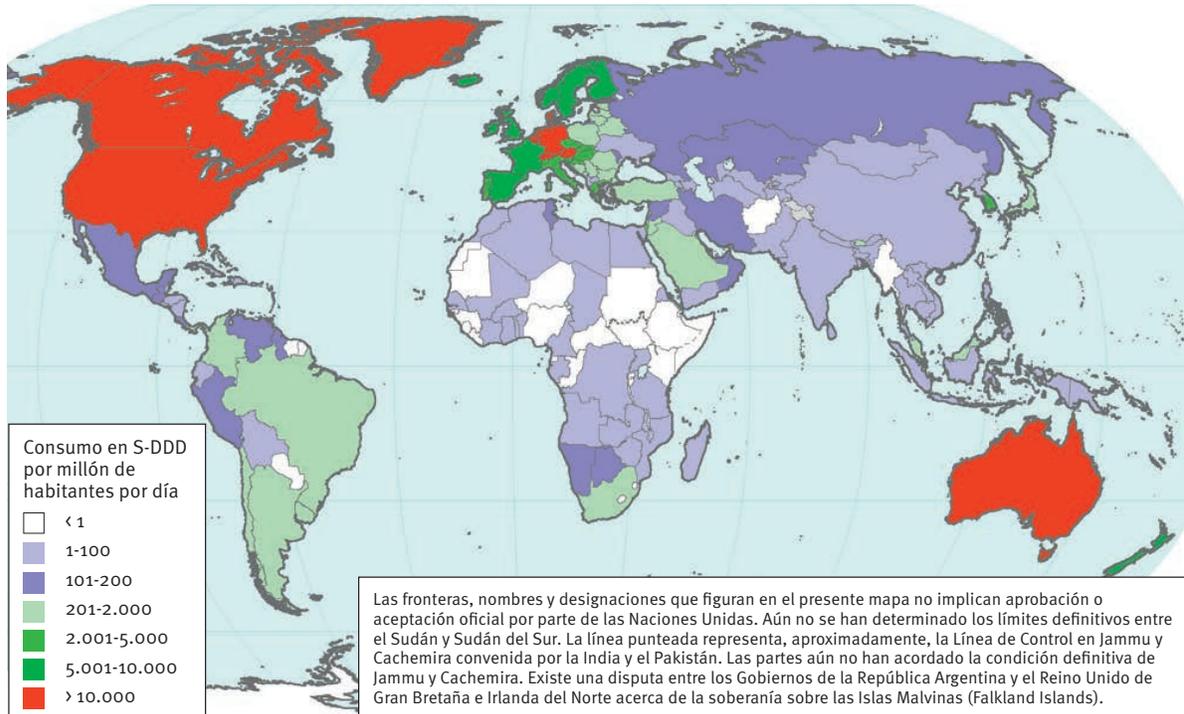


Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Existencias al 31 de diciembre de cada año.

Fuente: gráficas tomadas directamente del reporte especial de la JIFE (2015b:10) sobre la disponibilidad de sustancias fiscalizadas. Reporte especial disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>

Gráfica 8. Mapa y gráfica del reporte especial de la JIFE que muestran la ‘disponibilidad’ (consumo) de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor en distintos países del mundo.

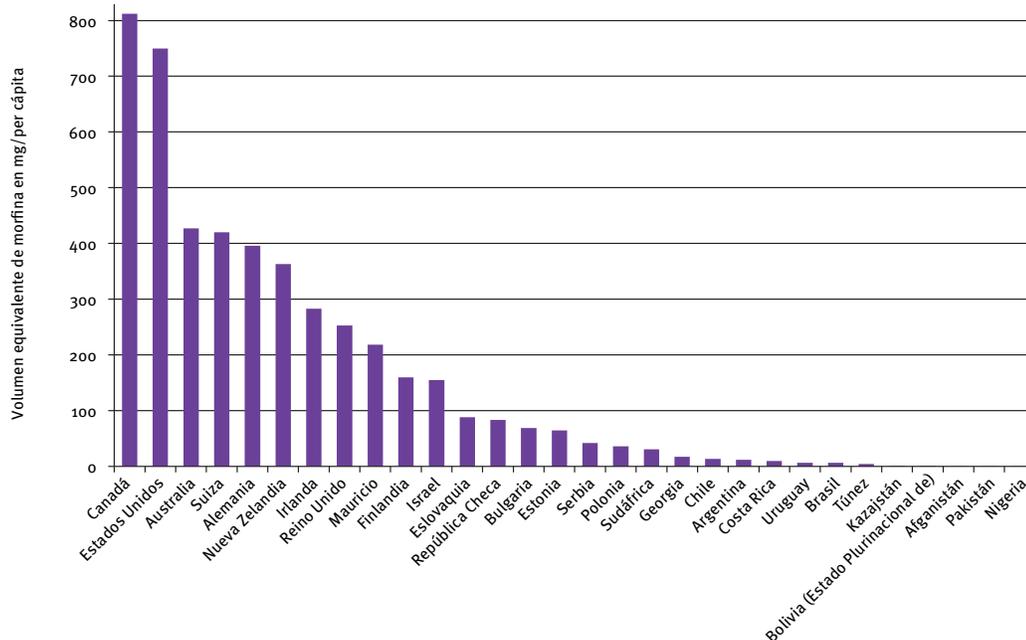
Mapa 2. Disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor (promedio del período 2011-2013)



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Nota: Por “opioides” se entiende las siguientes sustancias: cetobemidona, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, fentanilo, hidrocodona, hidromorfona, morfina, oxicodona, petidina, tilidina y trimeperidina.

Gráfico 18. Consumo per cápita de analgésicos opioides, 2011



Fuente: UNODC.

Fuente: mapa y gráfica tomados directamente del reporte especial de la JIFE (2015b:20 y 27) sobre la disponibilidad de sustancias fiscalizadas. Reporte disponible en <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>

A pesar de estos resultados documentados en su reporte especial, la propia JIFE expresó, en su mismo documento, lo siguiente:

“La distribución inadecuada del consumo de analgésicos opioides no se debe a la falta de oferta de materias primas y opioides. Por el contrario, la Junta ha expresado preocupación por el aumento de la producción de esas sustancias **sin el correspondiente aumento del consumo**, lo que ha dado lugar al consiguiente crecimiento de las existencias [...]” (JIFE, 2015b, párr. 52).

Es de llamar la atención que, la JIFE exprese su “preocupación” al registrar aumentos en la producción de opioides analgésicos “sin el correspondiente aumento del consumo”, pero que no señale expresamente la inconsistencia entre las estimaciones de corte económico o mercantilista, y su desbalance con las necesidades médicas globales y el desigual acceso a estos fármacos dado por el poder adquisitivo de distintas poblaciones. Aún más, frente a toda la evidencia recopilada en su propio reporte especial, también es de llamar la atención que la JIFE continúe afirmando en sus informes anuales que: “Como en años anteriores, la Junta constata que, en general, el sistema de importaciones y exportaciones sigue respetándose y funciona bien” (JIFE, 2016, párr. 80; 2017, párr. 62).

Frente a este tipo de inconsistencias, han surgido diversas críticas al sistema internacional de fiscalización de drogas. Por ejemplo, la Comisión Global de Política de Drogas (GCDP) publicó en 2015 un reporte sobre “la crisis global de dolor evitable”, en el cual afirma lo siguiente:

“De acuerdo a la ley internacional de control de drogas y las leyes internacionales de derechos humanos, **los Estados tienen la obligación de garantizar la disponibilidad de medicamentos controlados para sus poblaciones**; cualquier restricción a su acceso constituye una violación al derecho a la salud. A pesar de que hay un número de factores que plantean barreras al acceso, incluyendo sistemas de salud deficientes e insuficiente capacitación del personal de la salud que trabaja en el campo, **el sistema internacional de control de drogas ha sido responsable de perpetuar la continua escasez en el suministro de medicamentos controlados** [...]”

“El alivio del dolor a través del uso de medicamentos controlados es un componente esencial de los cuidados médicos para distintos grupos de personas, entre los cuales están: pacientes de cáncer terminal, mujeres en trabajo de parto que sufren dolor no controlado, pacientes de SIDA en etapa terminal con dolor y personas que sufrieron lesiones a causa de accidentes o violencia [...]”

“La OMS estima que cada año decenas de millones de personas sufren de dolor no aliviado que aumenta debido a un escaso acceso a medicamentos controlados, particularmente opioides [...]”

“A pesar de los avances médicos del último siglo, **no hay alternativas a los opioides fuertes para tratar el dolor de moderado a severo que se hayan descubierto hasta ahora**. Esto subraya la importancia de aumentar el suministro para atender el sufrimiento imperdonable de algunas de las poblaciones más vulnerables [...]” (énfasis añadido; GCDP, 2015, págs. 5, 8, 9 y 10).

De especial interés para el incipiente debate en México, son los siguientes señalamientos de la Comisión Global en torno al consumo y a la producción de morfina:

“[...] En el caso de la morfina, uno de los analgésicos vitales para el tratamiento de dolor moderado a severo, 92 por ciento de la oferta mundial es consumida tan solo por el 17 por ciento de la población mundial, ese consumo se concentra principalmente en el norte global [...]”

“[...] A pesar de que la morfina no tiene patente, y es barata de fabricar y producir, la sobre-regulación a nivel nacional, los sistemas de importación/exportación agobiantes y excesivamente complicados, la carencia de un mercado seguro en países donde los opioides con fines médicos están ampliamente inaccesibles, y los bajos márgenes de ganancias anticipados resultan en precios altos para los consumidores en países en los que ni se subsidia la importación ni se producen los medicamentos [...] A pesar de que muchos gobiernos subsidian medicamentos y fórmulas más caras, sólo unos pocos –aquellos que se han comprometido con la accesibilidad de medicamentos controlados para el alivio del dolor y cuidados paliativos– subsidian la importación de morfina y distribuyen ellos mismos la medicina” (GCDP, 2015:15).

Existen otras críticas, planteadas desde diferentes perspectivas, al sistema internacional de control de drogas (de entre las cuales merecen una mención aparte las relacionadas con violaciones a de-

rechos humanos). Sin embargo, por cuestiones de espacio, no es factible abordar el espectro amplio de estas críticas.

Sólo cabe recordar que, desde una perspectiva histórica/económica, François-Xavier Dudouet (2009), en su libro *Le grand deal de l'opium: histoire du marché légal des drogues* [El gran negocio del opio: historia del mercado legal de drogas], expuso cuestionamientos similares a los aquí planteados. Este autor tuvo acceso a los archivos de la Sociedad de las Naciones y de Naciones Unidas, donde pudo leer las transcripciones de los debates sobre los posibles mecanismos de regulación del mercado internacional de drogas. Según relata este autor, en estos debates internacionales se propusieron diversas alternativas, incluyendo la opción de que cada país produjese los fármacos derivados del opio que estimara necesarios para su población. No obstante, esta propuesta y otras similares fueron desechadas.

Dudouet, basándose en estos debates y en las propias declaraciones de los representantes que negociaron la conformación del sistema internacional de control de drogas, concluyó que la decisión de optar por un mecanismo de regulación basado en estimaciones de *oferta y demanda*, tuvo como objetivo principal la instauración de un oligopolio sobre el mercado global de drogas. En un texto más reciente, Dudouet sintetizó algunos de los hallazgos históricos de su libro:

“Detrás de los principios de la ‘prohibición’, es decir de la proscripción de usos ilícitos, existe una economía global, legal y centenaria, de tráfico de drogas. Sobre los cimientos de los tratados y convenciones, se tiene un monopolio de médicos, dentistas y farmacéuticos, controlando la distribución legal de drogas para usos médicos, así como un oligopolio de la industria farmacéutica que, bajo la vigilancia de Naciones Unidas, produce estas drogas para uso médico. Ahora que se están cuestionando las políticas tradicionales de drogas, es útil recordar el origen de estas políticas y cuál era su objetivo real [...]

“La idea de limitar la producción resurgió [a finales de los años 20]. Para algunos miembros del Comité [Asesor para el Tráfico de Opio], incluido Sir Malcom Delevingne, la única forma de terminar con el desvío

[de drogas] era imponer límites mundiales; sin un marco legal, las empresas que quisieran aumentar su participación en el mercado y sus ganancias, simplemente producirían más drogas.

“La idea de un oligopolio de productores resurgió como una posible solución. Esta vez ligado directamente a las compañías farmacéuticas. Un cártel de cocaína, que agrupaba a la mayoría de los productores europeos, existía desde 1924. Sus miembros habían acordado precios y se habían comprometido a no producir para el tráfico ilícito. El representante británico impulsó esta idea [...] y se motivó a los productores de opiáceos a organizarse también en un cártel, a fin de re-incentivar las exportaciones [...]

“La convención de 1931 fue organizada inicialmente para limitar la producción con base en un sistema de cuotas [nacionales]. En contraste, la convención terminó instalando un plan global que garantizaba la satisfacción de necesidades médicas y científicas, pero que favoreció la organización de un oligopolio informal sobre el mercado legal de drogas. Hoy en día, la producción mundial de morfina corre a cargo de siete países, cuatro de los cuales (Reino Unido, Estados Unidos, Francia y Australia) proveen 70% del total.

“Fue en la conferencia de 1931 que Harry Anslinger, el nuevo jefe del Buró Federal de Narcóticos de Estados Unidos, apareció en la escena internacional [...] las minutas de la reunión sobre límites a la producción muestran su inclinación por el pragmatismo diplomático [...] al mismo tiempo que argumentaba agresivamente para poner las materias primas (opio y hoja de coca) bajo un estricto control, aceptó sin ningún problema la organización monopolista que los europeos estaban construyendo [...]

“En 1953 se adoptó un protocolo dirigido a limitar la producción legal de opio a unos cuantos países, pero este plan nunca fue implementado. Fue hasta 1972 que, una nueva enmienda a la Convención Única puso la producción de opio bajo el sistema de control diseñado originalmente en el periodo de entreguerras, limitando estrictamente la producción de opio a los usos médicos y científicos [...]

“El sistema internacional de control de drogas que conocemos, terminó de conformarse en los años 70. Pero fue también en esa década cuando el sistema le dio prioridad a la ‘Guerra contra las drogas.’ Poco a poco, la regulación de los usos lícitos se hizo parte de una rutina entendida sólo por aquellos pocos que trabajan en esta regulación” (Dudouet, 1/02/15).²¹

²¹ <https://www.publicbooks.org/why-is-drug-use-forbidden/>



4. CULTIVO DE AMAPOLA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Existen propuestas de muy diversa índole para atender, tanto la ‘crisis’ de opioides en Estados Unidos, como la carencia de analgésicos en distintas regiones del mundo. Como ejemplo de la diversidad de las ideas discutidas en el ámbito internacional, pero también como un ejemplo de coincidencias en contextos sumamente diferentes, está la propuesta de libre elaboración del té de bulbo o de la vaina de la amapola, el cual es un remedio tradicional de India para tratar los problemas de adicción al opio. Y es de llamar la atención que esta propuesta ha sido publicada por dos autores notablemente diferentes: desde India con una perspectiva de medicina tradicional, por la académica Molly Charles (2010); y desde Estados Unidos con una perspectiva de activismo político, por Jim Hogshire (2009).

4.1 Una crítica desde la perspectiva de la medicina tradicional de India

Molly Charles critica de la siguiente manera el control de las empresas estadounidenses sobre la producción de opio de India, ejercido a través de las Convenciones de Naciones Unidas:

“Las Convenciones, como parte de las consecuencias ‘no pretendidas’, regularon la fijación de precios de las materias primas [opiáceos] para los compradores, no la disponibilidad de las mismas. Por muchas décadas, la fuente natural de estas sustancias fue el opio cultivado y extraído en la India por el método de la goma de mascar. Sin embargo, como país productor tiene limitada incidencia en su comercialización. La India vende opio bruto a los Estados Unidos y a cambio compra codeína de Estados Unidos para sus propias necesidades farmacéuticas. Las Convenciones no sólo le dictan a la India cómo utilizar su materia prima (opio), también trastornan su empleo en la medicina tradicional india y aseguran que la India compre codeína a los importadores de su materia prima [...]” (Charles, 2010:66).

Sobre el uso del té de vaina de amapola, como remedio tradicional de India para el tratamiento de la adicción al opio y sus derivados, esta académica señala lo siguiente:

“[...] En India, *doda pani* –una bebida hecha de la vaina del opio– era tomada para controlar las recaídas asociadas a un consumo excesivo de opio. El consumo iba gradualmente disminuyendo vía la reducción de la cantidad de ingesta o diluyendo la solución. Esta práctica también fue adoptada por consumidores que se desplazaron del opio a la heroína en la ciudad de Mumbai (Charles *et al.*, 1999). Dado que el proceso de desintoxicación ocurre dentro del entorno o de la comunidad o del hogar, otros miembros de la familia o de la comunidad pueden monitorear el proceso en todo momento, a diferencia de los centros de tratamiento que dependen de que el paciente visite el centro y de su confesión.

“La vaina de la amapola se administra en el hogar y el conocimiento es diseminado sin costo alguno, a diferencia de la buprenorfina u otro sustituto sintético [como metadona] que tiene que ser distribuido y monitoreado por profesionales en un hospital, un centro no gubernamental o una farmacia. La buprenorfina se usa en terapias de sustitución de drogas en distintos países, los Estados Unidos inclusive, donde se comercializa como Suboxone y Subutex [...]”

“La elección de la buprenorfina es interesante puesto que la Encuesta Nacional de Hogares en la India (UNODC y MSJE GOI, 2004) indica que la buprenorfina es la droga de mayor abuso entre los consumidores de drogas inyectables [...] ¿Cuál es la lógica de querer erradicar el uso cultural del cannabis y del opio y optar por la sustitución de droga a través del abuso de buprenorfina en tantos países? [...] El material inicial de la buprenorfina, la naloxona y la naltrexona es la oripavina, una droga patentada.

“[...] Los derechos de la patente vinculados al producto y su procesamiento supusieron para la India tener que optar por un sustituto más dañino, comparado con la vaina de amapola. Más costoso e insostenible ya que tiene que ser administrado por personal médico entrenado” (Charles, 2010:86-88).

Vale la pena recuperar algunas de las críticas de esta autora relacionadas con la soberanía de las naciones en materia de producción de medicinas, y la interferencia de las patentes internacionales. Sobre este tema, Molly Charles explica que:

“Uno de los asuntos planteados por David (2006) es de interés: la reducción de la demanda de morfina dentro de la industria farmacéutica debido al creciente giro hacia analgésicos basados en tebaína,

tales como la oxicodeona. El informe [de Naciones Unidas] hace caso omiso de las cuestiones de patentamiento ya sea de la variante de la planta como del procesamiento del alcaloide.

“Al parecer las Naciones Unidas se han convertido en un mecanismo de regulación de precios con los productores de sus materias primas siendo acosados y menospreciados como ‘Países Productores de Droga’. Esto significa la prohibición del cultivo de la materia prima natural, las planas psicoactivas y luego el patentamiento de sus productos, para asegurar el control sobre el cuidado de la salud global [...]

“Las patentes de tebaína y oripavina ofrecen un extraordinario control a las industrias farmacéuticas, puesto que la tebaína es esencial en la producción de drogas sustitutas para los consumidores de heroína o azúcar morena [*black tar*], y también se usa para muchas otras cuestiones relacionadas con la salud [...]

“En la actualidad, los países productores de opio tienen que vender su opio en bruto a los países desarrollados que están autorizados para procesar el alcaloide integral para muchas industrias. Existe una similitud notable entre el uso del opio en la medicina tradicional y el uso de opiáceos en la medicina occidental: la medicina tradicional nunca fue patentada y la materia prima estaba fácilmente disponible a todos, incluidos los poderes coloniales.

“Antes y después de la Segunda Guerra Mundial, muchas sustancias se obtenían del opio y ‘casualmente’ con la institucionalización de la paz y la caída del imperialismo llegó un movimiento para controlar el uso y el comercio del opio [...]” (Charles, 2010:64-66).

4.2 Una crítica desde la perspectiva de libertades políticas en Estados Unidos

Desde un contexto completamente diferente, en Estados Unidos en 1994, el activista político y escritor de ‘contracultura’ Jim Hogshire publicó un libro titulado *Opium for the Masses* [Opio para las masas]. En este libro, Hogshire explicó que cualquier estadounidense podía comprar legalmente las semillas, e incluso la flor, del tipo específico de amapola (*Papaver somniferum*) de la cual se obtiene el opio, pues se utiliza como flor de

ornato y sus semillas se venden como alimento, legalmente, en florerías y en supermercados de ese país (al igual que en otros países europeos; en México se venden marcas importadas de semillas tostadas de amapola como suplemento alimenticio bajo la descripción de *Poppy seeds*). En su libro, además de escribir consejos sobre su cultivo, este autor incluyó recetas básicas para preparar té e infusiones con el bulbo y las semillas de esta flor.

Según relatan algunas notas periodísticas,²² tiempo después de publicar este libro, en marzo de 1996, Jim Hogshire fue arrestado por poseer algunas flores secas de amapola “con la intención de producir opio” (al ser legal la compra de estas flores, y al poseer sólo unas pocas, los cargos en su contra fueron desestimados). Un año después, Michael Pollan (1/04/97),²³ escribió a detalle el caso y el juicio de Hogshire, y verificó que, efectivamente, bajo las leyes estadounidenses es legal cultivar amapolas *Papaver somniferum* (como flores de ornato), esto a menos que, la persona que las cultive *sepa o tenga el conocimiento* de que es posible extraer opio de estas flores; si se comprueba que la persona *sabe o tiene este conocimiento*, entonces el cultivo amerita (o ameritaba en esos años), un castigo de 5 a 20 años de prisión y un máximo de multa de un millón de dólares.

En 2009, la casa editorial Feral House lanzó una nueva edición del libro de Hogshire, la cual se vende en versión electrónica. Esta nueva edición comienza con la discusión de los riesgos de adicción física al opio, para después relatar cómo, a través de la historia, la humanidad ha utilizado la amapola para producir múltiples sustancias terapéuticas y medicinales. Y al igual que otros autores, este activista subraya la importancia de la amapola en la producción de analgésicos:

“Claro que, el producto más importante derivado de la amapola son las drogas narcóticas. Son las únicas drogas que pueden controlar adecuadamente el dolor severo. También hacen un trabajo excelente con los dolores leves y moderados, pero los dolores severos de heridas de bala, quemaduras, postopera-

²² <https://www.nytimes.com/1997/05/25/us/author-of-book-on-poppy-cultivation-cleared-of-drug-charge.html>
<https://www.rcfp.org/browse-media-law-resources/news/search-opium-authors-home-based-writings>

²³ <https://michaelpollan.com/articles-archive/opium-made-easy/>

torios y varios dolores de cáncer, sólo pueden ser aliviados con opioides. Sin estas drogas, la medicina moderna, y la guerra moderna, serían imposibles [...]

“[...] Los avances tecnológicos no han logrado igualar a la amapola en la fabricación de narcóticos [...] Existen opioides sintéticos que no requieren morfina, ni otro alcaloide de la amapola, para su producción, pero la mayoría de los sintéticos presenta problemas farmacológicos que los hacen opciones inferiores, y todos ellos carecen del récord de casi 200 años de uso eficaz y seguro que sí tiene la morfina. Los sintéticos como la metadona o la meperidina (Demerol) son de fabricación costosa, y requieren de equipo y de trabajadores especializados. Unos pocos acres para cultivar y un solo granjero pueden producir más y mejor material narcótico que la fábrica farmacéutica más eficiente –y a una fracción de su costo” (Hogshire, 2009, loc. 605).

Hogshire cita al historiador John P. Hoffmann (1990) para explicar que, durante miles de años los opiáceos fueron percibidos por la humanidad como medicinas eficaces (desde la civilización sumeria se tiene registro de su uso terapéutico). Según el análisis histórico de Hoffmann, esta percepción cambió apenas hace un siglo, lo cual no se debió a sus riesgos potenciales de adicción o de sobredosis, ni siquiera a la diseminación de su uso recreativo, sino que el cambio fue influenciado principalmente por preocupaciones económicas (conclusión que coincide con los hallazgos de Dudouet reseñados en la sección anterior).

Sobre el acceso a las amapolas en Estados Unidos, y la posibilidad de preparar tés e infusiones terapéuticas, Hogshire señala lo siguiente:

“El pensamiento crítico sobre el opio, la amapola y las semillas de amapola se disuade activamente. A pesar de que es comúnmente sabido que la ingesta de semillas [*poppy seeds*] dará un resultado positivo por opiáceos en un test de orina, pocas personas hacen la conexión de que esto ocurre porque éstas son semillas de las amapolas de donde se obtiene el opio. Aún cuando se hace la conexión, se asume de forma incorrecta que las semillas han sido esterilizadas o que provienen de una variedad de amapolas que produce poca o nada de ‘droga’ [...]

“Las semillas que se venden en los almacenes de abarrotes son, de hecho, semillas de amapolas de donde se obtiene el opio, y su cultivo es viable en más de 90% de los casos [...]

“Medidas vigorosas de erradicación, como las que se implementan contra la marihuana, no serían posibles contra la amapola [dentro del territorio estadounidense]. Estas medidas son de alto perfil y llamarían demasiado la atención sobre las flores. A diferencia del cannabis, que se cultiva en parcelas o en lotes, esta flor se cultiva comúnmente en jardines a lo largo y ancho del país –pues es una de las favoritas de los decoradores y de las señoras de edad avanzada–. Y rociar a estas personas con herbicidas tóxicos no ayudaría a las relaciones públicas.

“Hay una política tácita de no aplicar las leyes contra la amapola [dentro de Estados Unidos...]

“A finales del verano de 1997, cuando se le indicó a la policía estatal que más de un cuarto de acre estaba siendo cultivado evidentemente con amapolas a las afueras de la ciudad de Seattle, los investigadores que acudieron al lugar declararon que las flores estaban siendo cultivadas con ‘fines no narcóticos,’ aunque nunca explicaron cómo llegaron a esa conclusión. Las amapolas no fueron destruidas [...]

“Como respuesta a ‘reportes’ del noroeste [de Estados Unidos], de principios de 1995, sobre el ‘mal uso’ que hacían algunas personas de los bulbos de amapola, la DEA lanzó una investigación de bajo perfil, y resultó que –¡oh! sorpresa–, los reportes eran ciertos. Las amapolas, tanto frescas como secas, estaban siendo compradas, trituradas y pulverizadas, para hacer infusiones terapéuticas. Ésta no fue la primera vez que se descubrió esta práctica. Al ser un remedio casero, utilizado durante cientos de años en Europa y en el resto del mundo, muchas personas normales en Estados Unidos también lo practican” (Hogshire, 2009, loc. 618-688).

Para este escritor y activista, el cultivo de estas flores y la posibilidad de preparar remedios caseiros representan “libertades políticas”. En palabras del propio Hogshire:

“El papel central e indispensable que ha tenido la amapola en nuestra civilización, hace importante acceder a ella, y por ende, prohibir su acceso público es algo abrumadoramente cruel. Ceder el control de los opiáceos significa ceder el control del alivio del dolor al Estado [...]

“Subestimar la importancia del alivio del dolor es un grave error [...] El dolor es el ‘flagelo’ arquetípico de la humanidad [...]

“Muchas enfermedades que la ciencia ha ‘conquistado’ causan dolor severo. Los pacientes que sufren de esclerosis múltiple, fibromialgia, cáncer, y de quemaduras, a menudo sienten dolor incapacitante,

para el cual, incluso los poderosos opioides pueden resultar insuficientes, y estos pacientes ansían la muerte [...]

“Y aún así se nos enseña a percibir a la amapola y sus derivados como algo malvado. Cuando es obvio que la naturaleza ha proveído a la humanidad con abundancia de medicinas para curar o tratar enfermedades, incluido el dolor. La amapola hace esto mucho mejor que el científico más dedicado y mejor equipado [...]” (Hogshire, 2009, loc. 750-767).

4.3 Resultados de la regulación de los usos del cannabis

En un tema aparte, pero que puede considerarse como un correlato a las posturas expresadas por Molly Charles y Jim Hogshire, cabe remarcar algunos de los resultados sobre la regulación del cannabis en varios estados de Estados Unidos. Estos resultados tienen que ver, de forma indirecta, con las preocupaciones fundamentales de estos autores sobre la libertad y la capacidad de decidir de las personas y de las comunidades.

Melvin Livingston *et al.* (2017) analizaron la tendencia de las defunciones por sobredosis de opioides en Colorado, antes y después de la regulación del uso recreativo de la mariguana. Estos autores usaron una prueba de series de tiempo para estimar cambios en la pendiente de esta tendencia, y encontraron que la regulación de la venta y del uso recreativo de esta planta resultó en una reducción de 0.7 muertes al mes por sobredosis de opioides. En sus propias palabras: “La legalización del cannabis en Colorado está asociada con reducciones en el corto plazo de muertes por opioides. Mientras más datos estén disponibles, se deberán replicar este tipo de estudios en otros estados con cannabis recreacional legal” (p. 1827).

Estos resultados, relativos al uso recreativo, se añaden a la literatura ya existente en torno al uso médico del cannabis y reducciones en las muertes por sobredosis de opioides. Por ejemplo, Marcus Bachhuber *et al.* (2014) compararon los niveles y tendencias de este tipo de muertes en los estados sin uso médico regulado (prohibicionistas) *versus* California, Oregon y Washington (uso médico

regulado antes de 1999), y Alaska, Colorado, Hawaii, Maine, Michigan, Montana, Nevada, Nuevo México, Rhode Island y Vermont (uso médico regulado durante 1999-2010). Estos autores encontraron que: “Las leyes de cannabis medicinal están asociadas con niveles significativamente más bajos de mortalidad estatal por sobredosis de opioides” (p. 1668).

Incluso estudios sobre usuarios y prescripciones arrojan resultados similares. Por ejemplo, Ashley Bradford *et al.* (2018) hicieron un análisis longitudinal de las dosis diarias prescritas a los beneficiarios del programa gubernamental de salud Medicare. Estos autores concluyeron que, las leyes de cannabis medicinal están asociadas con reducciones significativas en la prescripción de opioides en la población usuaria de Medicare. En especial, sus resultados fueron particularmente robustos para los estados que permiten dispensarios de cannabis, y para las dosis prescritas de hidrocodona y morfina.

Hefei Wen y Jason Hockenberry (2018) también analizaron los efectos de la regulación del cannabis, tanto para uso médico como para “uso adulto” (recreativo o personal), sobre las tasas de prescripción de opioides a los usuarios del otro gran programa público de salud, Medicaid. Estos investigadores concluyeron que, las leyes de uso médico de cannabis redujeron 5.88% la tasa de prescripción de opioides, y las leyes de uso adulto o recreativo del cannabis (aprobadas en los estados que ya habían regulado el uso médico), redujeron otro 6.38% la tasa de prescripción de opioides. En sus propias palabras: “El potencial de la liberalización de la mariguana, para reducir el uso y las consecuencias de los opioides de prescripción médica entre los usuarios de Medicaid, merece ser considerado en los debates políticos sobre la reforma de la mariguana y la epidemia de opioides” (p. 673).

De especial importancia es el meta-análisis, o revisión sistemática de los artículos académicos ya publicados, realizado por Marianne Vyas *et al.* (2018). Estos investigadores revisaron los resúmenes de 789 artículos, de entre los cuales se-

leccionaron 134 para una revisión exhaustiva, y eligieron 10 artículos que cumplieran con varios criterios, tales como, revisión por pares, periodo de promulgación de leyes 2010-2017, discusión específica de sustitución de sustancias, etcétera.

Los resultados de Vyas *et al.* indican que las leyes de uso médico de cannabis pueden estar asociadas con reducciones en: el uso de opioides de prescripción médica; las hospitalizaciones por el uso de estos opioides; la tasa de mortalidad por sobredosis por todo tipo de opioides; y el gasto federal por servicios de salud relacionados con sobredosis y abuso de opioides de prescripción médica. En sus propias palabras:

“La revisión de la literatura sugiere que los estados que implementen políticas de cannabis medicinal podrían reducir la mortalidad asociada a opioides de

prescripción médica, mejorar el tratamiento del dolor, y reducir significativamente los costos del cuidado de la salud. Sin embargo, el cannabis medicinal está restringido por limitaciones impuestas por políticas federales, por lo que debiera ser una prioridad incentivar la investigación médica, así como de enfermería y de salud pública, sobre el cannabis medicinal como posible alternativa a los opioides de prescripción médica para el tratamiento del dolor, los daños del cannabis medicinal, y su impacto sobre los daños y los costos causados por los opioides de prescripción médica” (Vyas *et al.*, 2018:56-57).

Los estudios revisados por estos autores fueron: Bardford y Bradford, 2017; Corroon, *et al.*, 2017; Reiman *et al.*, 2017; Shi, 2017; Boehnke *et al.*, 2016; Bradford y Bradford, 2016; Kim *et al.*, 2016; Sexton *et al.*, 2016; Powell *et al.*, 2015; y Bachhuber *et al.*, 2014 (añadidos en la lista de referencias del presente reporte).



REFLEXIONES FINALES

La discusión sobre la prohibición, y la posible regulación nacional, de algunas sustancias controladas internacionalmente, es mucho más compleja de lo que comúnmente se supone en México. No sólo involucra los riesgos a la salud que implica su consumo, como tradicionalmente se debate en los medios y espacios públicos. En años recientes esta discusión ha comenzado a incorporar estudios y evaluaciones sobre los impactos que la prohibición ha tenido sobre el sistema de justicia y sobre la situación de violencia e inseguridad a nivel nacional (Galindo, 2016).

Sin embargo, incluso con la incorporación de las temáticas de justicia penal y de violencia, esta discusión requiere todavía de mayor apertura, pues la situación nacional se interrelaciona con la complejidad de los intereses políticos y económicos de los mercados internacionales. De especial relevancia, es necesario incorporar al debate público y político el estudio del mercado global y legal de opiáceos y opioides, así como sistema de Naciones Unidas que lo regula (una crónica de los antecedentes de este sistema puede leerse en

Galindo, 2015). Este tema es de interés para el Senado de la República dadas sus facultades de supervisión y seguimiento de los tratados y convenios internacionales (ver Vásquez, 2015).

Todo lo anterior, sin olvidar que ya se han presentado a nivel nacional e internacional diversas propuestas, serias y rigurosas, para la regulación de la amapola (y en general, para la regulación de los mercados de drogas). Una tarea, todavía pendiente, consistirá en recopilar y sistematizar las propuestas ya presentadas públicamente.

Sólo para ejemplificar las propuestas que ya se han puesto sobre la mesa de la opinión pública, cabe recordar que la Comisión Global de Política de Drogas (GCDP, 2014, 2015, 2016, 2018), tiene una serie de publicaciones con propuestas y recomendaciones para la regulación de los mercados de drogas. Por su relación con las temáticas aquí discutidas, para el ámbito internacional, cabe remarcar que la GCDP (2018) ha publicado recomendaciones específicas para la reforma del sistema internacional de fiscalización de drogas; por ejemplo (p. 43):

- **Recomendación 6.** Los Estados Miembros de las Naciones Unidas deberían considerar urgentemente las diferentes opciones para modernizar el régimen internacional de fiscalización de drogas a fin de satisfacer las necesidades actuales de todos las partes interesados y afectados en la política de drogas.

“[...] Para que el marco internacional de control de drogas sea eficiente, debe alejarse del paradigma represivo actual y reflejar mejor el enfoque emergente en la salud, los derechos humanos y el desarrollo sostenible. Fundamentalmente, las reformas deben introducir la posibilidad de que los Estados miembros regulen las drogas. Hasta que esto ocurra, los Estados Miembros con mentalidad reformista deben considerar opciones que permitan el progreso nacional e internacional en este tema, respetando los principios básicos de la Carta de las Naciones Unidas, conscientes de que el diálogo y la acción colectiva constituyen el enfoque más productivo” (GCDP, 2018:43).

Las opciones de reforma, que enlista y explica en la GCDP (2018) son las siguientes (pero se recomienda su lectura en extenso en el documento original; pp. 39-41):

- **Opción A: Una nueva Convención de Marco Único.** Un tratado unificado contemporáneo podría introducir la posibilidad de que los Estados Miembros regulen los mercados internos. También podría establecer las reglas y parámetros para tales innovaciones, como normas mínimas, requisitos de supervisión y presentación de informes, y el comercio internacional y los controles fronterizos.
- **Opción B: Enmendar las convenciones existentes de drogas.** Como todos los tratados, las convenciones podrían modificarse para introducir la flexibilidad suficiente para que los Estados Miembros experimenten y evalúen modelos de regulación. Sin embargo, tales enmiendas requieren un consenso sobre la regulación en las Naciones Unidas, parece muy improbable lograr un consenso para permitir mercados regulados.
- **Opción C: Retiro y salvedades.** Una posibilidad es retirarse de los tratados relevantes, y luego volver a unirse con salvedades sobre los artículos específicos que impiden la regulación de determinada droga. Esta es la estrategia adoptada por Bolivia con respecto a la prohibición en el tratado del uso tradicional de la hoja de coca, ya que inicialmente no logró un consenso por la enmienda.
- **Opción D: Incumplimiento respetuoso.** En vista de las implicaciones potencialmente graves del retiro de los tratados, y las limitaciones de la opción de retiro/inserción, otra opción es seguir siendo parte en los tratados, pero proceder con las reformas internas, sabiendo que inevitablemente significarán el incumplimiento de artículos específicos (como lo han hecho Uruguay, Canadá, y de forma interna, algunos estados de Estados Unidos). Es importante que el razonamiento detrás de la decisión de buscar opciones de regulación sea elucidado claramente en foros multilaterales clave y, como ha hecho Uruguay, enmarcar esta explicación en términos de promover la salud y el bienestar de la humanidad y los valores centrales de la carta de Naciones Unidas.
- **Opción E: ¿La modificación *inter se* de las convenciones?** De acuerdo con el espíritu de las Naciones Unidas, una respuesta colectiva legalmente fundada y coordinada tiene muchos beneficios claros en comparación con un escenario potencialmente caótico de un número creciente de defecciones unilaterales diferentes, salvedades y reinterpretaciones cuestionables. Una de las opciones de reforma que no está restringida por el requisito del consenso es la modificación *inter se* del tratado: un mecanismo establecido en la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969 para que un grupo de Estados Miembros modifique un tratado “entre ellos”. *Inter se* puede, por lo tanto, ofrecer una vía ‘elegante’ y

legalmente viable hacia adelante, y una que proporcione una válvula de seguridad útil de la acción colectiva para ajustar un régimen posiblemente congelado en el tiempo.

Para el ámbito nacional también son aplicables algunas de las recomendaciones de esta organización. Por ejemplo, las siguientes (también se recomienda su lectura en extenso en el documento original; pp. 18):

- **Recomendación 1.** Las drogas actualmente prohibidas deben ser reguladas. El proceso de regulación legal debe ser cauteloso, gradual e informado en evidencia, guiado en todo momento por los principios de protección y promoción de los derechos humanos, la salud pública, el desarrollo sostenible, la paz y la seguridad. Las lecciones aprendidas de los mercados legales existentes para las sustancias potencialmente riesgosas se deben utilizar para mitigar las amenazas de la sobre-comercialización. Cualquier regulación que se implemente debe ir acompañada de un monitoreo y evaluación científica multidisciplinaria, a fin de evaluar su efectividad y responder a cualquier impacto negativo.
- **Recomendación 2.** Quienes formulan las políticas de drogas deben buscar evidencia sobre la regulación legal de las drogas y deben abrir procesos participativos locales y nacionales para determinar las reformas. Los gobiernos nacionales y locales tienen la responsabilidad de recopilar evidencia, analizar y contrastar las dimensiones sociales, económicas y ambientales de la prohibición y la regulación, respectivamente. Luego deben proporcionar esta evidencia a sus electores, abrir procesos participativos nacionales donde se debatan las evidencias y las opciones, y tener en cuenta las recomendaciones de los ciudadanos para avanzar hacia modelos de regulación que sean apropiados para los contextos locales y nacionales.

- **Recomendación 3.** Los Estados deberían considerar experimentar con la regulación incremental de drogas de menor potencia. Se podría dar prioridad a la regulación legal de las drogas de origen vegetal como el cannabis, la hoja de coca o el opio, u otras sustancias que tuvieron algún tipo de uso histórico o tradicional, o que son parte de un patrimonio cultural.
- **Recomendación 4.** Las legislaciones no deben dejar atrás a las personas y a las comunidades más afectadas por la prohibición cuando se regulen los mercados de drogas. Se debe dar prioridad, en la producción, el comercio y la distribución, a los intereses de las personas y comunidades dedicadas a actividades ilegales no violentas debido a la pobreza, la marginación o la falta de oportunidades, y a aquellas personas que fueron más negativamente impactadas por los actuales esfuerzos punitivos de aplicación de la ley sobre drogas.
- **Recomendación 5.** Los Estados deben maximizar las oportunidades de desarrollo que ofrece la regulación de los mercados de drogas. Esto significa redistribuir los recursos para mitigar los cambios previstos en la actividad del crimen organizado. Los gobiernos deben desplegar mecanismos institucionales contra el lavado de dinero, la corrupción y la delincuencia transnacional, como parte de esfuerzos más amplios para fortalecer el Estado de Derecho, reformar las prácticas de aplicación de la ley y desarrollar la capacidad institucional. Las organizaciones delictivas ya están activas en otras actividades ilegales además del tráfico de drogas, por lo que no debe exagerarse el posible desplazamiento del crimen organizado relacionado con las drogas a otras formas de criminalidad. La regulación tiene la promesa de socavar sustancialmente el poder y la influencia del crimen organizado, así como de liberar recursos para contrarrestar sus causas profundas y otras formas de criminalidad.

REFERENCIAS

Notas, portales web y fuentes de datos

- Bloomberg* (31/10/2017). "New Jersey Joins States Suing Purdue Pharma for Opioid Marketing." Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-10-31/new-jersey-joins-states-suing-purdue-pharma-for-opioid-marketing>
- CDC (consultado 15/10/18). *Understanding the Epidemic*. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html>
- CDC (consultado 15/10/18). *Prescription Opioid Data*. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/prescribing.html>
- CDC (2011). "Prescription Painkiller Overdoses: A growing epidemic, especially among women". *Vital Signs*. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/prescriptionpainkilleroverdoses/>
- Cienfuegos, S. (05/10/2018). Según declaraciones reportadas por: *Excelsior*. "Legalizar amapola podría ser la salida a la violencia: Cienfuegos." Disponible: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/legalizar-amapola-podria-ser-la-salida-a-la-violencia-cienfuegos/1269771>
- Clark, K. *et al.* (03/05/2017). "Carta dirigida al Director General de la Organización Mundial de la Salud". *Congreso de Estados Unidos*. Disponible en: https://katherineclark.house.gov/_cache/files/a577bd3c-29ec-4bb9-bdba-1ca71c784113/mundipharma-letter-signatures.pdf
- Esquire* (18/10/2017). "The Secretive Family Making Billions from the Opioid Crisis." Disponible en: <http://www.latimes.com/projects/oxycontin-part1/>
- Excelsior* (08/10/2018). "Académicos de la UNAM respaldan propuesta de Cienfuegos de legalizar amapola." Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/academicos-de-la-unam-respaldan-propuesta-de-cienfuegos-de-legalizar-amapola/1269887>
- Fox News* (26/10/2017). "Trump in Opioid Address: 90% Heroin Comes Over Southern Border, We're Building a Wall." Disponible: <http://insider.foxnews.com/2017/10/26/donald-trump-opioid-address-heroin-comes-over-mexican-border-were-building-wall>
- Gaceta de la Comisión Permanente* (17/08/2018). "Oficio del congreso del estado de Guerrero, con el que remite iniciativa con proyecto de decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y el Código Nacional de Procedimientos Penales". Senado de la República. México. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/83058
- HHS Press Office (26/10/2017). "HHS Acting Secretary Declares Public Health Emergency to Address National Opioid Crisis". U.S. Department of Health & Human Service. Disponible en: <https://www.hhs.gov/about/news/2017/10/26/hhs-acting-secretary-declares-public-health-emergency-address-national-opioid-crisis.html>
- JIFE (consultado 15/10/18). *Mandato y Funciones*. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/about/mandate-functions.html>
- Los Angeles Times* (18/12/2016). "OxyContin Goes Global. 'We're Only Just Getting Started.'" Disponible en: <http://www.latimes.com/projects/la-me-oxycontin-part3/>
- Los Angeles Times* (05/05/2016). "'You Want a Description of Hell?' OxiContin's 12-Hour Problem." Disponible en: <http://www.latimes.com/projects/oxycontin-part1/>

- NPR (31/05/2017). "Ohio Sues 5 Major Drug Companies for 'Fueling Opioid Epidemic.'" Disponible en: <https://www.npr.org/sections/thetwo-way/2017/05/31/530929307/ohio-sues-5-major-drug-companies-for-fueling-opioid-epidemic>
- Pollan, M. (01/04/1997). "Opium Made Easy." *Harper's*. Disponible en: <https://michaelpollan.com/articles-archive/opium-made-easy/>
- RCFP (05/05/1997). "Search of 'Opium' author's home base on writings." Reporters Committee for Freedom of the Press. Disponible en: <https://www.rcfp.org/browse-media-law-resources/news/search-opium-authors-home-based-writings>
- Reuters (28/09/2017). "Washington State Sues OxyContin Maker Purdue Pharma." Disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-washington-opioids/washington-state-sues-oxycontin-maker-purdue-pharmaceutical-idUSKCN1C32LM>
- Sánchez Cordero, O. (07/10/2018). Según declaraciones reportadas por: *Animal Político*. "¿Qué hacer con la amapola? AMLO y Sánchez Cordero plantean rutas de acción". Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2018/10/amapola-marihuana-amlo-sanchez-cordero/>
Aristegui Noticias. "Sánchez Cordero va por despenalización de la marihuana para usos recreativos y amapola con fines medicinales". Disponible en: <https://aristeguinoticias.com/0710/mexico/sanchez-cordero-va-por-despenalizacion-de-la-marihuana-para-usos-recreativos-y-amapola-con-fines-medicinales/>
- The Atlantic* (02/06/2017). "Are Pharmaceutical Companies to Blame for the Opioid Epidemic?" Disponible en: <https://www.theatlantic.com/business/archive/2017/06/lawsuit-pharmaceutical-companies-opioids/529020/>
- The New York Times* (10/05/2007). "In Guilty Plea, OxyContin Maker to Pay \$600 Million." Disponible en: <https://www.nytimes.com/2007/05/10/business/11drug-web.html>
- The New York Times* (25/05/1997). "Author of Book on Poppy Cultivation Cleared of Drug Charge." Disponible en: <https://www.nytimes.com/1997/05/25/us/author-of-book-on-poppy-cultivation-cleared-of-drug-charge.html>
- The New Yorker* (30/10/2017). "The Family that Built an Empire of Pain." Disponible en: <https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain>
- Trump, D. (24/09/2018). *Remarks by President Trump at "Global Call to Action on the World Drug Problem."* The White House. Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/remarks-president-trump-global-call-action-world-drug-problem-event/>
- Trump, D. (19/03/2018). *President Donald J. Trump's Initiative to Stop Opioid Abuse and Reduce Drug Supply and Demand.* The White House. Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/president-donald-j-trumps-initiative-stop-opioid-abuse-reduce-drug-supply-demand/>
- USA Today* (10/04/2007). "Kentucky Sues Makers of OxyContin." Disponible en: http://usatoday30.usatoday.com/money/economy/2007-10-04-3869518294_x.htm
- USUN (24/09/2018). *Global Call to Action on the World Drug Problem.* United States Mission to the United Nations. Disponible en: <https://usun.state.gov/remarks/8629>

Fuentes bibliográficas

- Bachhuber, M., et al. (2014). "Medical Cannabis Laws and Opioid Analgesic Overdose Mortality in the United States, 1999-2010". *JAMA Internal Medicine*, 174(10): 1668-1673.
- Boehnke, K. et al. (2016). "Medical Cannabis Use is Associated with Decreased Opiate Medication Use in a Retrospective Cross-Sectional Survey of Patients with Chronic Pain". *Journal of Pain*, 17(6): 739-744.

- Bradford, A. *et al.* (2018). "Association Between US State Medical Cannabis Laws and Opioid Prescribing in the Medicare Part D Population". *JAMA Internal Medicine*. 178:667-672.
- Bradford, A. y Bradford, W. (2017). "Medical Marijuana Laws May Be Associated with a Decline in the Number of Prescriptions for Medicaid Enrollees". *Health Affairs*, 36(5): 945-951.
- Bradford, A. y Bradford, W. (2016). "Medical Marijuana Laws Reduce Prescription Medication Use in Medicare Part D". *Health Affairs*, 35(7): 1230-1236.
- Charles, M. (2010). "La reducción de la demanda de drogas en las Naciones Unidas: un éxito o una percepción sesgada". en Tokatlian, J. (coord.) *Drogas y prohibición: una vieja guerra, un nuevo debate*. Argentina: Libros del Zorzal. pp. 57-104.
- Charles, M., *et al.* (1999). *Drug Culture in India—A Street Ethnographic Study of Heroin Addiction in Bombay*. Rawat Publishers.
- Cicero, T., *et al.* (2007). "Relationship between therapeutic use and abuse of opioid analgesics in rural, suburban, and urban locations in the United States". *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 16:827-840.
- Corroon, J. *et al.* (2017). "Cannabis as a Substitute for Prescription Drugs—A Cross-Sectional Study". *Journal of Pain Research*, 10: 89-998.
- Dudouet, F. (01/02/2015). "Why is Drug Use Forbidden?" *Public Books*. Disponible en: <https://www.publicbooks.org/why-is-drug-use-forbidden/>
- Dudouet, F. (2009). *Le grand deal de l'opium: histoire du marché légal des drogues*. Syllepse. París.
- Evans, W., Lieber, E. y Power, P. (2018). "How the Reformulation of OxyContin Ignited the Horizon Epidemic". *National Bureau of Economic Research Working Paper*. No. 24475. Disponible en: <https://www.nber.org/papers/w24475>
- Galindo, C. (2016) "Prohibición de drogas y combate frontal al narcotráfico". *Temas estratégicos*, No. 37. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. México.
- Galindo, C. (2015) "Control internacional de drogas: antecedentes históricos rumbo a UNAGASS 2016". *Temas estratégicos*, No. 27. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. México.
- GDCP (2018). *Regulación. El control Responsable de las Drogas*. Global Commission on Drug Policy.
- GDCP (2016). *Avanzando la reforma de la política de drogas: un nuevo enfoque para la descriminalización*. Global Commission on Drug Policy.
- GCDP (2015). *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: la crisis global de dolor inevitables*. Global Commission on Drug Policy.
- GDCP (2014). *Asumiendo el control: caminos hacia políticas de drogas eficaces*. Global Commission on Drug Policy.
- Hedegaard, H., Warner M. y Miniño, A. (2017). "Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2016. Centers for Disease Control and Prevention". *NCHS Data Briefs* 294. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/data-briefs/db294.htm>
- Hoffmann, J. (1990). "The Historical Shift in the Perception of Opiates: From Medicine to Social Menace". *Journal of Psychoactive Drugs*. 22:53-62.
- Hogshire, J. (2009). *Opium for the Masses: Harvesting Nature's Best Pain Medication*. Feral House.
- Hogshire, J. (1994). *Opium for the Masses: A Practical Guide to Growing Poppies and Making Opium*. Loompanics Unlimited.
- JIFE (2015a). *Informe 2015*. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>
- JIFE (2015b). *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>

- JIFE (2016). *Informe 2016*. Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>
- JIFE (2017). *Informe 2017*. Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes. Disponible en: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>
- Kim, J., et al. (2016). "State Medical Marijuana Laws and the Prevalence of Opioids Detected Among Fatally Injured Drivers". *American Journal of Public Health*, 106(11):2032-2037.
- Kolodny, A. et al. (2015). "The Prescription Opioid and Heroin Crisis: A Public Health Approach to an Epidemic of Addiction". *Annual Review of Public Health*. 36:559-574. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-031914-122957>
- Livingston, M. et al. (2017). "Recreational Cannabis Legalization and Opioid-Related Deaths in Colorado, 2000-2015". *American Public Health Association*. 107:1827-1829.
- Paulozzi, L. et al. (2011a). "Overdoses of Prescription Opioid Pain Relievers – United States, 1999-2008". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(43):1487-1492.
- Paulozzi, L. et al. (2011b). "A National Epidemic of Unintentional Prescription Opioid Overdose Death How Physician Can Help Control It". *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72:589-592.
- Powell, D., et al. (2015). *Do Medical Marijuana Laws Reduce Addictions and Deaths Related to Pain Killers?* RAND Corporation.
- Quinones, S. (2015). *Dreamland: The True Tale of America's Opiate Epidemic*. Bloomsbury Press.
- Reiman, A., et al. (2017). "Cannabis as a Substitute for Opioid-Based Pain Medication: Patient Self-Report". *Cannabis and Cannabinoid Research*, 21:160-166.
- Sexton, M., et al. (2016). "A Cross-Sectional Survey of Medical Cannabis Users: Patterns of Use and Perceived Efficacy". *Cannabis and Cannabinoid Research*, 1(1):131-138.
- Shi, Y. (2017). "Medical Marijuana Policies and Hospitalizations Related to Marijuana and Opioid Pain Reliever". *Drug and Alcohol Dependence*, 173:144-150.
- UNODC y MSJE GOI (2004). *National Survey on Extent, Pattern and Trends of Drug Abuse in India*. United Nations Office on Drugs and Crime.
- US Department of Justice (2011). *Automation of Reports and Consolidated Orders System (ARCOS)*. US Department of Justice, Drug Enforcement Administration (DEA).
- Van Zee, A. (2009). "The Promotion and Marketing OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy". *American Journal of Public Health*. 99:221-227.
- Vásquez, P. (2015). "Designaciones y funciones de control del Senado". *Cuadernos de investigación*. Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República.
- Vyas, M., et al. (2017). "The Use of Cannabis in Response to the Opioid Crisis: A review of the Literature". *Nurs Outlook*, 66:56-65.
- Wen, H. y Hockenberry, J. (2018). "Association of Medical and Adult-Use Marijuana Laws with Opioid Prescribing for Medical Enrollees". *JAMA Internal Medicine*. 178:673-679.

TEMAS ESTRATÉGICOS es un reporte de investigación sobre temas relevantes para el Senado de la República, elaborado por la Dirección General de Investigación Estratégica del Instituto Belisario Domínguez.

Elaboración de este reporte: Carlos Galindo.

El autor agradece a Juan Manuel Rodríguez por su ayuda, a Perla Carolina Gris por sus sugerencias, así como a Edgar Guerra y demás participantes del seminario permanente del Programa de Política de Drogas del CIDE, quienes comentaron una versión anterior de este trabajo.

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan, necesariamente, los puntos de vista del Instituto Belisario Domínguez o del Senado de la República.

Cómo citar este reporte:

Galindo, C. (2018). “Los opioides en Estados Unidos y el sistema internacional de fiscalización de drogas”. *Temas estratégicos*, No. 65. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. México.

Números anteriores de TEMAS ESTRATÉGICOS:

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/1867>



SENADO DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ

Juan Pablo Arroyo Ortiz
Coordinación Ejecutiva de Investigación

Dirección General de
Investigación Estratégica

El Instituto Belisario Domínguez (IBD) es un órgano especializado en investigaciones legislativas aplicadas. Contribuye a profesionalizar el quehacer legislativo y a que la ciudadanía disponga de información que le permita conocer y examinar los trabajos del Senado. Así, ayuda a fortalecer la calidad de la democracia en México.



@IBDSenado



IBDSenado

www.ibd.senado.gob.mx