Drogas y sociedad en la España de la década de 2020: retos y propuestas político-legislativas

Drugs and society in Spain in the 2020s: Outlining alternatives to the biomedical-punitive model

José Carlos Bouso y Constanza Sánchez Avilés

CEERS - International Center for Ethnobotanical Education, Research & Services
José Carlos Bouso: https://orcid.org/0000-0003-1115-9407
Constanza Sánchez: https://orcid.org/0000-0001-5194-1335

Recibido: 14/02/2022 · Aceptado: 11/03/2022

Cómo citar este artículo/citation: Bouso, J. C., y Sánchez Avilés, C. (2022). Drogas y sociedad en la España de la década de 2020: retos y propuestas político-legislativas. *Revista Española de Drogodependencias*, *47*(1), 187-200. https://doi.org/10.54108/10011

Resumen

Este artículo pretende esbozar las bases de una propuesta alternativa al tradicional abordaje de la política de drogas y de las drogodependencias en España. Se parte de un análisis crítico del modelo hegemónico predominante en la actualidad, al que se considera limitado por dos motivos fundamentales. El primero, por su enfoque excesivamente biomédico e individualizado para el tratamiento de los problemas de salud mental (y, por ende, de drogodependencias). El segundo, por su énfasis en las medidas represivas y punitivas para la gestión de los desafíos sociales relacionados con el uso adulto recreativo de drogas y, especialmente, de los problemas derivados de la existencia de los mercados ilícitos de drogas. Ambas limitaciones han hecho que, desde el ámbito de la política pública, se haga necesario gestionar no únicamente las consecuencias del uso de sustancias sino, además, las consecuencias de las propias políticas de drogas. Como alternativa, esbozamos un modelo que combina una aproximación no estigmatizante hacia las sustancias psicoactivas, con la centralidad de los derechos humanos como eje fundamental que debe guiar las políticas de drogas. Nos centraremos en los casos específicos de los psicótropos (psilocibina, LSD y MDMA) y de plantas psicoactivas de origen tradicional, como la ayahuasca o la hoja de coca. Con una intención más reflexiva que académica, pero fruto de la trayectoria de los autores en la investigación y en la incidencia política en este ámbito, este artículo perfila algunos elementos que podrían tomarse en consideración a la hora de diseñar una política de drogas más centrada en la salud comunitaria y en los cuidados, que esté fundamentada en los derechos humanos, en la participación de la sociedad civil y en la evaluación objetiva de las políticas públicas.

Palabras clave

Derechos humanos, Psicótropos, Estupefacientes, Plantas psicoactivas, Política de drogas, Regulación.

Correspondencia:
José Carlos Bouso
Email: jcbouso@iceers.org

Abstract

This article aims to outline the basis of an alternative proposal to the traditional approach to drug policy and drug dependence in Spain. It is based on a critical analysis of the currently predominant hegemonic model, which is considered to be limited for two fundamental reasons. The first is its excessively biomedical and individualised approach to the treatment of mental health problems (and, therefore, drug dependence). The second is its emphasis on repressive and punitive measures to manage the social challenges related to adult recreational drug use and, especially, the problems arising from the existence of illicit drug markets. Both limitations have made it necessary for public policy to manage not only the consequences of substance use but also the consequences of drug policies themselves. As an alternative, we outline a model that combines a non-stigmatising approach to psychoactive substances with the centrality of human rights as the fundamental axis that should guide drug policies. We will focus on the specific cases of psychotropic substances (psilocybin, LSD and MDMA) and psychoactive plants of traditional origin, such as ayahuasca or coca leaf. With a more reflexive than academic intention, but as a result of the authors' experience in research and advocacy in this field, this article outlines some elements that could be taken into consideration when designing a drug policy that is more focused on community health and care, based on human rights, the participation of civil society and the objective evaluation of public policies.

Keywords

Human rights, Psychotropic drugs, Narcotic drugs, Psychoactive plants, Drug policy, Regulation.

1. ALGUNAS CONSIDERACIONES INICIALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE POLÍTICA DE DROGAS Y DERECHOS HUMANOS

Tomamos como punto de partida la noción de políticas de drogas de Barbor et al. (2010), la cual definen como la actividad gubernamental que incluye aquellas leyes y programas destinados a influenciar la decisión de las personas de consumir sustancias psicoactivas, así como aquellas destinadas a modular las consecuencias de este uso sobre las personas y las comunidades. Del mismo modo, en la esfera de los derechos humanos, nuestra referencia serán, como es natural, las normas internacionales fundamentales en la materia: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ambos adoptados en 1966). Si bien ambos ámbitos han caminado, por muchas décadas, por escenarios más paralelos que coincidentes, en los últimos años son múltiples las voces que, desde la investigación como la política y la sociedad civil, han trabajado por la incorporación de los derechos humanos en el diseño y la implementación de la política de drogas. Por ejemplo, las *Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas*, publica-

das en 2019[1], han ofrecido un diagnóstico exhaustivo de cómo el control de drogas entra en conexión con los derechos humanos, y qué pueden hacer los Estados para cumplir con sus obligaciones internacionales al diseñar y aplicar políticas en la materia. También el *Índice Global de Políticas de Drogas*, compuesto por 75 indicadores que abarcan dimensiones amplias de la política de drogas, tales como la ausencia de respuestas extremas, la proporcionalidad de la respuesta penal, la salud y la reducción de daños, o el desarrollo[2]. La clave de estas herramientas novedosas es que ponen sobre la mesa que las políticas destinadas a paliar las consecuencias tanto del uso problemático como de los mercados ilícitos de drogas (la violencia, la explotación, la corrupción, o los obstáculos al desarrollo sostenible), al haber estado demasiado enfocadas en la reducción de la oferta desde una perspectiva securitaria y punitiva, han generado más daños que beneficios en los contextos donde este fenómeno adquiere una dimensión relevante (Gillies et al., 2019). La investigación reciente sugiere que las comunidades, especialmente los sectores más vulnerables, no solo han tenido que afrontar los costes sociales y económicos de las economías ilícitas sino también las consecuencias de las políticas públicas destinadas a gestionarlos (Bewley-Taylor et al, 2020; Buxton et al, 2020).

Las relaciones entre la política de drogas y los derechos humanos tienen una doble vertiente. En primer lugar, hemos de poner el énfasis en que las personas que usan drogas no pierden sus derechos humanos. Esta constatación se vuelve muy evidente, por ejemplo, en el caso del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asimismo, en el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, incluyendo la investigación con sustancias fiscalizadas. En segundo lugar, los Estados, al diseñar y aplicar sus políticas de control de drogas, han de tener en cuenta no simplemente las dimensiones de seguridad pública y control social, sino también las consideraciones de derechos humanos. Las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, tal y como señalan las *Directrices*, deben ser la guía para diseñar, aplicar e interpretar las normas de control de drogas. Dicho de otra manera, las obligaciones de derechos humanos no pierden ninguna efectividad y deben ser igualmente garantizadas, para todas las personas, en el contexto del control de drogas. También para las personas usuarias, también para las personas implicadas en los mercados ilícitos de drogas.

2. MARCOS PARA EL ABORDAJE DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS Y DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS: LOS LÍMITES DEL MODELO BIOMÉDICO-PUNITIVO

Debido a razones sociales, históricas y políticas que rebasan el ámbito de este artículo, muchos de los fenómenos sociales en España se han abordado desde marcos criminológicos y biomédicos, obviando para su gestión las múltiples causas estructurales de estos procesos. Los denominados "problemas relacionados con las drogas", en buena

1 Las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1671/hrdp_guidelines_spanish_2020.pdf

2 Elaborado por el Observatorio Global de Políticas de Drogas de la Universidad de Swansea (Reino Unido) y otras organizaciones- Véase https://globaldrugpolicyindex.net

parte de las ocasiones, no tienen tanto que ver con el uso de sustancias en sí, sino con las condiciones estructurales de partida en los diferentes contextos donde este uso tiene lugar. Los daños sobre las personas que usan drogas y sobre las comunidades y, por qué no decirlo, también los beneficios, estarán estrechamente vinculados con las condiciones socioeconómicas de los contextos en los que operen. Entre ellos, las desigualdades, la precariedad, el acceso a los servicios básicos como la salud o la educación, la estigmatización de determinados colectivos o la capacidad de ejercer y disfrutar de los derechos fundamentales. Con frecuencia, la perspectiva adoptada por los decisores políticos españoles (y aquí podríamos incluir a los diferentes niveles de la administración, y a sucesivas etapas de gobiernos de distinto color político) ha sido la del castigo, la de la criminalización de la exclusión social para gestionar los problemas de mercados ilícitos, y la patologización y la medicalización de las personas usuarias de drogas. El abordaje del fenómeno de las drogas en España, desde la creación del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) en 1985, es paradigmático. En el momento de su creación se ubicó administrativamente en el organigrama del Ministerio de Sanidad, para pasar al Ministerio del Interior 1993, regresando al Ministerio de Sanidad en el año 2004, donde todavía se ubica.

Teniendo en cuenta estos parámetros, el modelo de abordaje del fenómeno de las drogas y del tratamiento de las drogodependencias en España podría ser calificado de mixto, pues supone, por un lado, la adopción de un enfoque biomédico para la aproximación a lo que tiene que ver con el individuo (como al tratamiento de drogodependencias) y un enfoque prohibicionista punitivo que se aplica a la vertiente social del fenómeno de las drogas (como el uso recreativo o adulto no problemático, o los impactos de los mercados ilícitos). De ahí nuestra denominación: modelo biomédico-punitivo.

Se trata de un enfoque con un claro origen internacional. Desde la adopción de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, Naciones Unidas fundamentó sus políticas sobre drogas en un modelo toxicológico (Sánchez-Avilés, 2017). Las diferentes sustancias estupefacientes -incluyendo la planta de cannabis, el arbusto de coca y la adormidera, así como sus derivados tanto en forma de principios activos extraídos de dichas plantas como de compuestos sintéticos-, fueron clasificadas en incluidas en cuatro listas en función de su eventual toxicidad y de su potencial terapéutico. En realidad, el criterio toxicológico fue solo la coartada para incluir en la lista más restrictiva, esto es, la de sustancias más tóxicas, las tres plantas mencionadas. Para el caso del cannabis esta inclusión no venía motivada por ningún informe técnico (Bewley-Taylor et al., 2014). En el caso de la hoja de coca, la inclusión se basó en un informe de dudosa objetividad y que difícilmente superaría cualquier estándar científico o ético actual (Naciones Unidas, 1950).

Por su parte, la Convención sobre sustancias psicotrópicas de 1971 también sometió a control, mediante un sistema de listas, a una serie de sustancias. Esta vez se trataba de principios activos, a los que llamaron psicotropos, incluyendo la LSD (dietilamida del ácido lisérgico) y todos los alucinógenos que hoy día están fiscalizados, así como otras feniletilaminas que posteriormente se fueron incluyendo, como la MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina), de nuevo, en la lista más restrictiva.

La tercera convención internacional sobre la que se asienta el sistema internacional de control de drogas es la Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y

sustancias psicotrópicas de 1988, que obliga a los Estados signatarios a tipificar como delitos, en sus ordenamientos internos, las actividades relacionadas con las sustancias controladas en las dos convenciones anteriores. Desde ese momento, se comienza a criminalizar con especial énfasis a las personas usuarias, de los sectores más vulnerables de la sociedad, y se introduce el castigo como una herramienta fundamental de gestión del fenómeno de las drogas en las políticas nacionales (llegando a tolerarse la pena de muerte para pequeños traficantes). España no fue, una excepción a esta tendencia. Consideramos que, desde los orígenes del sistema de control de drogas, en la base había una mirada toxicológica que entendía el problema de las drogas como un problema de peligrosidad de las sustancias, y no como un problema resultante de situaciones estructurales o, directamente, ningún problema en absoluto más allá del derivado del control social de determinados colectivos y poblaciones. La prohibición de las drogas nunca estuvo motivada por razones médicas, aunque se hayan tenido que esgrimir dichas razones para justificar su persecución.

El prohibicionismo, en su versión más punitiva, configuró las políticas de drogas en prácticamente todos los países del mundo. Y todavía en la actualidad las sociedades siguen inspirándose en este modelo, instaurado fundamentalmente desde 1961. Aunque, en sus inicios, la ubicación del fenómeno en el marco toxicológico era una "coartada" para justificar ciertas decisiones políticas en base a fundamentos científico-médicos, esta coartada, con el paso del tiempo, fue muy provechosa para el estamento biomédico, que pasó a erigirse en el guardián y gestor de problemas que tenían un origen social, y no biosanitario. La "medicalización de los problemas sociales", por una parte, ha convertido al estamento biomédico en el cuerpo hegemónico a la hora de considerar sus evidencias como las de más alta calidad y, por otra, ha generado una inmensa industria basada en las tecnologías y tratamientos biomédicos que absorbe la mayor parte de los recursos públicos y privados en investigación, siendo desproporcionado el presupuesto que reciben con los limitados logros clínicos que consiguen (NESTA, 2018). Por poner un ejemplo aplicado al campo de las drogodependencias, la inversión en el desarrollo de medicamentos que curen las adicciones es multimillonaria, y se viene repitiendo desde hace décadas. Sin embargo, a día de hoy no se ha hallado un solo medicamento eficaz para curar ninguna dependencia a las drogas, y las evidencias muestran más bien que las personas, simplemente, terminan deshabituándose de las sustancias por sí mismas, con sus propias herramientas, por encima del éxito de cualquier tratamiento sea de tipo farmacológico o psicosocial (para un análisis exhaustivo de la evidencia sobre la adicción ver Pedrero-Pérez, 2015).

Se hace necesario, de cara a la implementación de unas políticas públicas eficientes, hacer un análisis en profundidad de los determinantes del consumo problemático de drogas, y ver hasta qué punto se están abordando y teniendo en cuenta dichos determinantes en el diseño político, y hasta qué punto es coherente la relación entre los eventuales resultados de ese diagnóstico y la asignación de recursos públicos. Si nos fijamos en la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2014-2024*, se habla de "el problema de las drogas", de nuevo, como del problema de las consecuencias de su consumo, y no de los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales que pueden estar contribuyendo a incrementar las consecuencias más dañinas de dicho uso. Se habla de

reducción de riesgos, de perspectiva de género y de las diferentes consecuencias, tanto psicológicas como sociales, que se derivan del consumo de drogas. Pero no de la forma en la que se deberían abordar los condicionantes, ni cómo dotarlos de recursos. La *Estrategia*, con objetivos concretos en el control de la oferta y la demanda, sigue teniendo ese postulado biomédico que mira a las drogas como si fueran un problema del individuo, un individuo aislado en un entorno impermeable, sin contactos con el exterior social. Pero lo cierto es que esto no es así. A modo de ilustración, en el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2019*, encontramos cifras estremecedoras para la sociedad española: el índice de dependencia es del 54,2%, el porcentaje de población con estudios bajos es del 61,4%, el porcentaje de población de clase baja es del 47%, la tasa de riesgo de pobreza es del 26%, el 28% de la población vive en condiciones de ruido medioambiental y el 26% con escasez de zonas verdes. Además, la prevalencia de problemas de salud mental entre las personas de bajos ingresos es el doble que entre la de ingresos medios y altos.[3] Parece irónico seguir defendiendo que las soluciones a los problemas derivados de estos condicionantes sociales deban ser de tipo biomédico. La biomedicina le hace un flaco favor a la salud de la comunidad si, en vez de realizar una aportación científica, sigue queriéndose erigir como el modelo hegemónico para abordar los problemas sociales. Problemas que, por otro lado, pasan a configurarse como médicos cuando dejan de abordarse desde la perspectiva de la política social. Además, es importante poner el foco en que no son solo las personas que usan drogas las que sufren los efectos de unas políticas de drogas ineficientes, sino toda la sociedad en su conjunto.

3. EL CASO DE LOS PSICÓTROPOS: LA MDMA, LA LSD Y LA PSILOCIBINA

a. Contexto social, político-legal y desde la perspectiva de salud pública

Tal y como se ha señalado, los psicotropos se encuentran fiscalizados en el Convenio de 1971 de sustancias psicotrópicas. Muchos de ellos son principios activos contenidos en plantas, como la psilocibina de los hongos psilocibios, o la mescalina de los cactus peyote y San Pedro (nótese que solo están fiscalizados sus principios activos, no las plantas que los contienen, asunto del que nos ocupamos más adelante). Además, el Convenio fiscaliza sustancias de origen sintético, entre las que se encuentran los psicotropos más consumidos en el mundo occidental, como la LSD (tripis, ácidos) o la MDMA (éxtasis). Estas sustancias se incluyen en la Lista I del Convenio, la más restrictiva y que incluye a las sustancias consideradas una amenaza *particularmente grave* para la salud pública y con *escaso o nulo valor terapéutico*. En el ordenamiento jurídico español, este grupo de sustancias es clasificado como "drogas que causan grave daño a la salud", ubicándolas dentro de la familia de los alucinógenos.

Antes de que estos componentes sintéticos se sometieran a fiscalización, disfrutaron de un uso médico muy extendido, principalmente psiquiátrico, durante la década de 1950. La preocupación creciente a propósito del uso recreativo de estas

3 Véase https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

sustancias, muy ligado a los movimientos contra-culturales de los años setenta, propiciaron que sus aplicaciones médicas se fueran abandonando, a causa de las barreras crecientes a la investigación, quedando finamente bajo control internacional en 1971 (Hofmann, 2018). Los convenios internacionales sobre drogas únicamente reconocen como usos lícitos de las sustancias incluidas en sus listas aquellos destinados a fines médicos y científicos. Así, durante la década de 1990 un conjunto de grupos de investigación, principalmente europeos -incluidos algunos grupos españoles- y alguno norteamericano retomaron la investigación científica con estas sustancias. Gracias a este trabajo pionero, el interés por parte de la comunidad científica fue creciendo hasta el punto de que, en la actualidad, se han perfilado como la nueva promesa de la psiquiatría biológica. Frente a la crisis de la psicofarmacología, derivada de la falta de eficacia y los efectos adversos de los fármacos psiquiátricos, la industria farmacéutica está apostando por el desarrollo de estos fármacos como medicamentos, principalmente la MDMA y la psilocibina (Ona y Bouso, 2020). Ambas sustancias han sido calificadas como *breakthrough therapy* por la FDA estadounidense (Food and Drug Administration): la MDMA para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la psilocibina para el tratamiento de la depresión mayor. La MDMA para el TEPT ha sido calificada por la revista *Science* como unos de los 9 hitos científicos más importantes de 2021. A finales de 2020, había más de 70 ensayos clínicos con LSD, MDMA y psilocibina registrados en clinicaltrails.gov (Siegel et al., 2021) y una web que recoge los estudios clínicos con psiquedélicos y las compañías farmacéuticas que los financian, refiere unas 18 de éstas.[4] Sin haber terminado las fases de ensayo clínico, el gobierno canadiense ya ha autorizado el uso de estas sustancias dentro de su programa de uso compasivo. La FDA en EEUU, e Israel, han hecho lo propio con la MDMA para uso compasivo. El gobierno de Australia ha destinado tres millones de dólares a la investigación clínica con psiquedélicos para su aplicación en salud mental. En España, la única investigación clínica que se está realizando es la promovida por una empresa privada, para los ensayos de fase 2 y 3 de psilocibina para las personas con depresión resistente al tratamiento.

Además de estos ensayos clínicos en proceso, ya existe un ejemplo de una droga de uso recreativo que se ha transformado en un medicamento psiquiátrico: la ketamina. La ketamina se utiliza como anestésico y analgésico en clínica humana y a la vez es una droga de amplio uso recreativo. Desde los años 2000 se viene utilizando en investigación como tratamiento para la depresión y las ideas suicidas, y en los últimos años se han abierto numerosas clínicas en estados Unidos y Europa donde se utiliza para tal fin. Recientemente tanto la FDA, como la EMEA (European Medicines Agency) y la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) han autorizado un medicamento basado en ketamina (el Spravato) como tratamiento para la depresión. Un vial de Spravato cuesta unos 5.000 euros, mientras que un vial de ketamina (Ketolar) con las mismas dosis apenas llega a los 2 euros. Sin embargo, solo el primero está autorizado específicamente para la depresión, lo que lleva a muchos clínicos a utilizar Ketolar, infringiendo con ello las normas administrativas. Es posible que estas paradojas ocurran

4 Véase https://psilocybinalpha.com/data/psychedelic-drug-development-tracker

también cuando se empiece a autorizar el uso médico de la MDMA y la psilocibina: a qué precio se venderán, y si será competitivo con los precios del mercado ilícito.

Por último, la ibogaína es un alcaloide de la planta africana *Tabernanthe Iboga* y tiene una amplia historia de uso paramédico en el tratamiento de las dependencias, principalmente a heroína y a cocaína (Dos Santos et al., 2017). Aunque no está fiscalizada y por tanto no es un psicotropo, no se considera un medicamento. Nuestro equipo, en colaboración con el Hospital Sant Joan de Reus, está realizando el primer estudio clínico del mundo con ibogaína para la deshabituación de la dependencia a metadona.

b. Propuesta de nuevo enfoque

La vía de acceso a estos medicamentos es muy clara: una vez que hayan pasado las fases de ensayo clínico estarán disponibles para que los psiquiatras que deseen utilizarlas para tratar a sus pacientes puedan hacerlo. Como en el caso de la ketamina, solamente estará permitido el uso administrado bajo supervisión médica. En este sentido, identificamos un problema fundamental, relacionado con el marco de abordaje del tratamiento de las drogodependencias al que antes nos referíamos: si se considera que los problemas de salud mental son una enfermedad del cerebro, o incluso fruto de conflictos intrapsíquicos que deben ser corregidos con medicamentos y/o psicoterapia, o bien se considera que estas eventuales alteraciones neurobiológicas y conflictos intrapsíquicos son una manifestación de los obstáculos sociales, económicos, políticos y culturales que impiden que una persona alcance su nivel máximo posible de salud mental. Consecuentemente, es necesario realizar un análisis en profundidad de los condicionantes sociales que impiden alcanzar el adecuado bienestar emocional a la persona, y gestionar en consonancia los recursos destinados a mejorarla. Aunque recuperar el uso de drogas alucinógenas probablemente sea el aspecto más innovador que vaya a tener la psiquiatría en toda su historia, si dicho uso se incorpora reproduciendo el modelo biomédico aplicado hasta ahora, estas sustancias no tendrán un impacto muy diferente sobre la salud mental del que han tenido otras drogas psicotrópicas ya autorizadas. Su eficacia será limitada, pues ésta no depende únicamente de las herramientas que se utilicen, sino el sistema médico en el que se encuadran y que determina la eficacia de los tratamientos en salud mental.

Atendiendo a esto, consideramos que estos fármacos no deberían seguir los mismos procesos que se exige normalmente a los medicamentos para ser autorizados como tales. Es decir, la realización de ensayos preclínicos y de Fase 1, 2 y 3. Su seguridad ya ha sido probada gracias a décadas de uso recreativo, y los riesgos se tienen bastante bien delimitados. Un avance en el tratamiento médico de los problemas de salud mental sería simplemente permitir que los profesionales médicos, bajo su responsabilidad como clínicos, puedan tener acceso a las drogas psicoactivas que consideren que pueden ser de utilidad para sus pacientes. Estas drogas no son más peligrosas que los psicofármacos de prescripción y, en cambio, pueden ser muy beneficiosas. Esta es el camino que se está trazando en Canadá, Australia, Suiza, Estados Unidos e Israel. Combinando las diferentes estrategias de estos países, se podría llegar a una e*strategia ideal* que consistiría en, por una parte, destinar dinero público a realizar estudios por parte de grupos de investigación independientes. En segundo lugar, permitir la utilización por

la vía del uso compasivo, generando un registro de casos sobre el que se pudiera trabajar estadísticamente a medida que se van acumulando experiencias. En tercer lugar, a medida que se vayan autorizando medicamentos provenientes de la investigación de la industria farmacéutica, permitir lógicamente su uso.

Por último, es importante destacar que algunas de estas sustancias se están mostrando útiles también en el tratamiento de problemas de abuso de sustancias, como es el caso de la psilocibina (Yaden et al., 2021), de la ayahuasca (Silva Rodrigues et al., 2021) y, sobre todo, como ya se ha dicho, de la ibogaína (Dos Santos et al., 2017). Por consiguiente, facilitando el desarrollo y conocimiento de estas medicinas se podría llegar a tener, por primera vez, medicamentos seguros y eficaces para tratar problemas de drogodependencias, dentro, por supuesto, de programas de ámbito psicosocial más amplios.

4. EL CASO DE LAS PLANTAS PSICOACTIVAS DE USO TRADICIONAL: LA AYAHUASCA, LA IBOGA Y LA HOJA DE COCA

a. Contexto social, político-legal y desde la perspectiva de salud pública

Uno de los fenómenos aparejados a la globalización, en el ámbito que nos ocupa, ha sido sin duda la expansión del uso de una serie de plantas psicoactivas que, hasta hace unos años, solo existían en sus lugares de origen y que ahora están disponibles en prácticamente todo el planeta. Es lo que ocurre con algunos alucinógenos como son el peyote, el cactus San Pedro o la planta de la iboga, pero sobre todo la ayahuasca (Sánchez y Bouso, 2015). Así como con otra planta, que no es alucinógena pero también es de uso ancestral: la hoja de coca.

Si bien no hay espacio en este artículo para analizar en profundidad este fenómeno, resulta muy llamativo que plantas tan exóticas y con tan poco potencial recreativo, como son la ayahuasca o la iboga, se hayan vuelto tan populares en occidente. El caso de la iboga es minoritario. No así el de la ayahuasca, que durante la última década ha llegado a casi todos los rincones del mundo. Ya existen artículos académicos donde tanto psiquiatras (Stiffler, 2018) como curas (Prue y Voss, 2014) aconsejan a sus colegas que se informen sobre la ayahuasca, dada la cantidad de personas que acuden a sus respectivas consultas mencionando que la están tomando: bien para mejorar su salud mental, bien con fines espirituales (y generalmente por ambas razones). En el caso de España, se organizan casi cada día ceremonias en los alrededores de las principales ciudades. Hay varias opciones. Generalmente, dichas ceremonias las ofician personas que han estado pasando tiempos variables en la Amazonía, aprendiendo a utilizar la ayahuasca, y luego desarrollan aquí las ceremonias. Pero también vienen chamanes y curanderos amazónicos, que traen sus conocimientos a nuestro país. Una tercera opción sería viajar a los lugares donde el uso de esta decocción es nativo, sobre todo a Perú, donde hay una extensa oferta de centros y lugares donde tomar ayahuasca con curanderos locales. Lo interesante de la globalización de las ceremonias de ayahuasca, que lo diferencia de otras drogas "importadas" de América, es que las ceremonias fuera de la Amazonía tratan de organizarse a la manera amazónica: en un lugar en la naturaleza, en una toma grupal, res-

petando una serie de rituales, donde quienes ejercen de oficiantes generalmente tienen un cuidad especial y preocupación por la seguridad de los asistentes (aunque siempre hay excepciones), lo cual de alguna manera favorece la protección de los iniciados. Las personas que acuden a estas ceremonias suelen ser, además, personas maduras (de mediados de los treinta en adelante), con un buen nivel educativo. Lejos de buscar experiencias escapistas, acuden a estas ceremonias como una expresión más de sus conductas de autocuidado (Ona et al., 2019).

El caso de la hoja de coca es diferente. Aunque es cierto que cada vez más "occidentales" cuando vienen de países andinos traen con ellos hoja de coca, o la compran desde aquí por haber experimentado sus beneficios en dichos países, la mayor prevalencia de consumo se da entre personas nativas de países andinos que cuando vienen de viaje desde sus países de origen traen consigo hoja de coca para realizar un uso personal o familiar, de acuerdo con las costumbres de sus países de origen. Hay incluso tiendas regentadas por personas andinas que importan hoja de coca o productos basados en hoja de coca, principalmente infusiones, para venderlas entre sus compatriotas. Tampoco en este caso se tienen indicios de uso problemático.

Ya hemos mencionado que ninguna planta que contiene sustancias psicotrópicas está fiscalizada internacionalmente y tampoco en España. Sin embargo, el hecho de que sus principios activos sí lo estén (en el caso de la ayahuasca, la DMT, y en el caso del peyote y del San Pedro, la mescalina; en España ni la planta de la iboga -*Tabernanthe iboga*- ni ninguno de sus alcaloides, incluyendo el psicoactivo, la ibogaína, están fiscalizados) hace que se produzcan detenciones cuando alguien viaja desde América del Sur con ayahuasca o cuando la compra por correo. El caso de la hoja de coca es similar, pero más grave, ya que la hoja de coca sí está fiscalizada como estupefaciente y en su caso no hay ninguna duda sobre que se puede estar incurriendo en un delito contra la salud pública. En España, cada año hay decenas de incidentes legales relacionados con estas plantas psicoactivas, ya sea porque hay personas que las traen desde sus contextos nativos, o bien las compran por Internet y las reciben por correo postal. Para el caso de la ayahuasca, la mayoría de estos procedimientos terminan archivados antes de llegar a juicio oral, pero a pesar de este resultado previsible siguen produciéndose estas detenciones y confiscaciones. Y para el caso de la hoja de coca, muchas terminan en multas administrativas e incluso en juicios incluso con sentencias de cárcel por tenencia de cantidades difícilmente destinadas al tráfico, entre 3 y 4 kilos de hoja. Esto genera una serie de costes tanto para la administración como para las personas implicadas, que sería fácilmente evitables si se diseñaran una serie de canales preestablecidos para la importación de sustancias de origen vegetal no prohibidas en nuestro ordenamiento jurídico y para las prohibidas, simplemente modificarlo porque está desfasado con relación a la evidencia científica vulnerando así los más elementales derechos de tener un juicio justo.

b. Propuesta de nuevo enfoque

Con relación al fenómeno globalizado de las ceremonias con ayahuasca y de otras plantas de uso tradicional, sería deseable que simplemente se respetaran las legislaciones internacional y nacional, dejando de perseguir a las personas que las traen o que las compran, ya que, como se ha dicho, solo sus principios activos se encuentran fiscaliza-

dos, no las plantas en sí ni sus decocciones (Sánchez y Bouso, 2015). Yendo más allá en el análisis de este fenómeno, es posible que su popularidad tenga que ver con la forma en la que muchas personas se relacionan con su salud y buscan el bienestar y el autocuidado en prácticas no hegemónicas. Para la medicina cientificista, todas estas prácticas se engloban como *pseudoterapias* y *pseudociencias*. Incluso hay colectivos que piden su persecución penal. De nuevo, vemos cómo se pretende gestionar un fenómeno social proponiendo soluciones punitivas, en lugar de apelar al diálogo social y propiciar la discusión científica. En un informe publicado por nuestro grupo sobre la salud de los usuarios de ayahuasca en España (Bouso, 2020), ya proponíamos que, desde las bases comunitarias de los ayuntamientos, se establecieran reuniones entre las personas que organizan ceremonias de ayahuasca y los servicios públicos sociales y sanitarios, para que todo el mundo estuviera informado del tipo de actividades que se estaban llevando a cabo en el municipio en cuestión, y todo se realizara con transparencia. El fin último, sobre todo, es proteger lo máximo posible a las personas que acuden a este tipo de ceremonias. Pero, para ello, debe producirse un cambio estructural en la lógica de la gestión pública: ésta debe dejar de pensar en términos terapéutico-penalistas, y pasar a formular respuestas y soluciones en términos de diálogo y de cuidado con la sociedad civil.

Cuestión diferente es la de la hoja de coca. Como ya hemos señalado, la prohibición de la hoja de coca se basó en un informe realizado en 1950 que difícilmente superaría los estándares científicos y éticos actuales. Sorprende que, con base a un documento abiertamente neocolonial y racista, con fuerte desprecio hacia las poblaciones andinas y sus costumbres, se siga modulando una política punitiva hacia las personas que utilizan una planta de uso ancestral y que ha mostrado beneficios en tantos ámbitos de la salud y de la calidad de vida de las comunidades (TNI, 2014).

A este respecto, es muy pertinente el contenido del párrafo 68 de la Observación general núm. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales que dice:[5]

> "[…] *La investigación científica se ve perjudicada en el caso de algunas sustancias en virtud de las convenciones internacionales sobre fiscalización de drogas, que clasifican esas sustancias como perjudiciales para la salud y sin valor científico o médico. Sin embargo, algunas de esas clasificaciones se hicieron con un apoyo científico insuficiente para fundamentarlas, puesto que existen pruebas creíbles de los usos médicos de algunas de ellas, como el cannabis para el tratamiento de determinadas epilepsias. Por lo tanto, los Estados partes deberían armonizar el cumplimiento de sus obligaciones en el marco del régimen de fiscalización internacional de drogas con sus obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a participar en el progreso científico y sus aplicaciones y gozar de sus beneficios, mediante la revisión periodica de sus políticas en relación con las sustancias sometidas a fiscalización*".

Las implicaciones de esta conclusión son, a nuestro entender, tan evidentes como relevantes. Se precisa una revisión urgente de las políticas en relación con las sustancias sometidas a fiscalización. Como punto de partida, es necesaria una revisión de la evidencia científica disponible (en el caso de que la haya, pues en muchos casos ésta es escasa o

5 Observación general núm. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales https://undocs.org/es/E/C.12/GC/25

inexistente, como sucede para aquellas sustancias que se han sometido a fiscalización sin informe técnico alguno). Un primer paso en ese sentido, aunque nos tememos que excepcional, ha sido la revisión de la literatura científica con relación al cannabis, reconociendo por fin sus propiedades terapéuticas y sacándole así de la lista IV del Convenio de 1961. Pero la revisión de las políticas de drogas no puede ser solo de tinte toxicológico, sino que han de tener como eje vertebrador los compromisos internacionales adquiridos por España en los tratados de derechos humanos, que no pierden su vigencia en el contexto del control de drogas. Nuestro planteamiento apunta, pues, más bien al contrario. Una política de drogas que aspire a cumplir con los estándares internacionales debe comenzar respetando las normas de derechos humanos, y plantearse como objetivo su pleno disfrute y garantía por y para toda la ciudadanía. En este sentido, un buen punto de partida lo encontramos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[6], muy especialmente en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Artículo 12) y en el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones (Artículo 15).

5. REFLEXIONES FINALES

Nuestra propuesta se ha ilustrado con los casos de los psicotropos y de las plantas de uso tradicional, no obstante, las recomendaciones para una regulación serían extensibles al cannabis y al resto de sustancias ilegales. En nuestra opinión, la clave es la participación de la sociedad civil en la formulación de las políticas públicas, especialmente de los colectivos afectados, así como la centralidad de los cuidados, alejándonos de dogmas biomédicos simplistas y de soluciones penales efectistas pero ineficientes. El ex-Relator de Naciones Unidas para el derecho a alcanzar el nivel más alto de salud física y mental, el Dr. Dainius Pūras, ha venido repitiendo en sus diferentes informes la necesidad de entender la salud mental más allá del modelo biomédico. Es decir, no tanto desde el modelo de enfermedad sino más bien como el resultante de una serie de obstáculos sociales, políticos, culturales y económicos que impiden que las personas alcancen el nivel más alto posible de salud física y mental. Unas políticas públicas de salud, en general, y de drogas en particular, debería por tanto diseñarse partiendo de un diagnóstico apropiado con relación a cuáles son dichos obstáculos. Estos obstáculos no son solo de naturaleza económica y social, también lo son de naturaleza política. Concretamente, de la política epistémica que considera el paradigma biomédico-punitivo como el más apropiado para abordar problemas sociales que son causa, y no consecuencia, de muchos de los problemas de salud derivados del consumo de drogas. Es urgente, por tanto, un estudio en profundidad de la diferente carga que tienen los diferentes condicionantes sociales, económicos, políticos y culturales que incluyen en la salud de las comunidades, así como en los obstáculos que impiden alcanzar sus niveles de máximo disfrute. Nuestra propuesta radical pone el énfasis en la necesidad de abrir estos debates con rigor. Para que la asignación de recursos económicos en investigación, prevención, intervención y educación sean coherentes con la diferen-

6 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx

te carga de cada uno de esos obstáculos y determinantes. Es necesario, por tanto, un diálogo inter y trans disciplinar, el desarrollo de políticas que puedan ser periódicamente evaluables y, si no funcionan, modificables (algo que, en materia de políticas de drogas en España, está lejos de haber ocurrido en los más de 30 años que llevan implementándose), así como una asignación racional de los recursos, de acuerdo a los resultados de dichos análisis. De lo contrario, seguiremos haciendo políticas públicas sobre drogas basadas en convicciones, no en evidencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Babor, T. F., Caulkins, J. P., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D. R., Humphreys, K., Obot, I. S., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. y Strang, J. (2010). *Drug Policy and the Public Good*. Oxford University Press.

Bewley-Taylor, D.R., Blickman, T., & Jelsma, M. (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis. La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*. Transnational Institute. https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf

Bewley-Taylor, D. R., & Tinasti, K. (Eds.) (2020). Research handbook on international drug policy. Edward Elgar.

Bouso, J. C. (Coord). (2020). *Informe técnico: la ayahuasca en España. Una evaluación de las personas participantes en ceremonias de ayahuasca utilizando indicadores de salud pública*. ICEERS. https://www.iceers.org/wp-content/uploads/2020/10/ICEERS_Ayahuasca2020_report.pdf

Buxton, J. (Ed.). (2020). *Drug Policy and Development. Conflict and Coexistence*, Boston: Brill Nijhoff.

Dos Santos, R. G, Bouso, J. C. y Hallak, J. E. C. (2017). The antiaddictive effects of ibogaine: A systematic literature review of human studies. *Journal of Psychedelic Studies, 1*(1), 20–28. https://doi.org/10.1556/2054.01.2016.001

Gillies, A., Collins, J. y Soderholm, A. (2019). Addressing the development implications of illicit economies: The rise of a policy and research agenda. *Journal of Illicit Economies and Development, 1*(1), 1-8. https://jied.lse.ac.uk/articles/10.31389/jied.17/

Hofmann, A. (2018). *LSD. Cómo descubrí el ácido y qué pasó después en el mundo*. Prólogo, Notas y Epílogo a esta edición de José Carlos Bouso. Arpa Editorial.

Naciones Unidas (1950). *Informe de la Comisión de Estudio de las Hojas de Coca. Actas Oficiales Duodécimo Periodo de Sesiones. Suplemento Especial Nº 1*. https://www.tni.org/files/publication-downloads/coca-inquiry-1950s.pdf

NESTA (2018). *The Biomedical Bubble. Why UK research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people*. https://www.nesta.org.uk/report/biomedical-bubble/

Ona, G. y Bouso, J. C. (2020): Psychedelic drugs as a long-needed innovation in psychiatry. *Qeios, 27 de abril 2020*, 1-21. https://doi.org/10.32388/T3EM5E.2

Ona, G., Kohek, M., Massaguer, T., Gomariz, A., Jiménez, D. F., Dos Santos, R. G., Hallak, J. E. C., Alcázar-Córcoles, M. Á. y Bouso, J. C. (2019). Ayahuasca and public health: Health status, psychosocial well-being, lifestyle, and cop-

ing strategies in a large sample of ritual ayahuasca users. *Journal of Psychoactive Drugs, 51*(2), 135-145. https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1567961

Pedrero-Pérez, E. J. (2015). *¿Qué es y qué no es la adicción? Evidencia científica disponible*. Researchgate. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2217.5208

Prue, P. y Voss, R. W. (2014). Indigenous healing practice: Ayahuasca. Opening a discussion. *Journal of Pastoral Care and Counseling*, *68*(1), 1-13. https://doi.org/10.1177/1542305014068001 06

Sánchez, C. y Bouso, J.C. (2015): Ayahuasca: From the Amazon to the global village. Transnational Institute/ICEERS. https://www.tni.org/en/publication/ayahuasca-from-the-amazon-to-the-global-village.

Sánchez-Avilés, C. (2017). *El control de drogas. Normas internacionales, desafíos nacionales. El caso de la política de drogas en España*. Tirant lo Blanc.

Siegel, A. N., Meshkat, S., Benitah, K., Lipsitz, O., Gill, H., Lui, L. M. W., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S. y Rosenblat, J. D. (2021). Registered clinical studies investigating psychedelic drugs for psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research, 139*, 71-81. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.019

Silva Rodrigues, L., Rossi, G. N., Mendes Rocha, J., Osório, F. L., Bouso, J. C., Cecílio Hallak, J. E. y Dos Santos, R. G. (2021). Effects of ayahuasca and its alkaloids on substance use disorders: an updated (2016-2020) systematic review of preclinical and human studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. https://doi.org/10.1007/s00406-021-01267-7

Stiffler, J. D. (2018). Ayahuasca: From the Amazon to a city near you. *American Journal on Addictions, 27*(8), 648-649. https://doi.org/10.1111/ajad.12833

TNI, Transnational Institute (2014). Hoja de coca: mitos y realidad. Preguntas y respuestas básicas. https://www.tni.org/es/primer/hoja-de-coca-mitos-y-realidad.

Yaden, D. B., Berghella, A. P., Regier, P. S., Garcia-Romeu, A., Johnson, M. W. y Hendricks, P. S. (2021). Classic psychedelics in the treatment of substance use disorder: Potential synergies with twelve-step programs. *International Journal of Drug Policy, 98*, 103380. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103380