



Atenea

ISSN: 0716-1840

lgaravil@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

Fernández Labbé, Marcos

Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940

Atenea, núm. 508, 2013, pp. 73-89

Universidad de Concepción

Concepción, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32829669006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

BOTICAS Y TOXICÓMANOS: ORIGEN Y REGLAMENTACIÓN DEL CONTROL DE DROGAS EN CHILE, 1900-1940¹

PHARMACIES AND DRUG ADDICTS: THE ORIGINS AND
REGULATION OF DRUG CONTROL IN CHILE, 1900-1940

MARCOS FERNÁNDEZ LABBÉ²

RESUMEN

A partir de inicios del siglo XX, en Chile se verificó una discusión pública en torno a la presencia del consumo extramédico de sustancias como el opio y sus derivados, la cocaína y el cáñamo indiano. Con preocupación fueron los farmacéuticos quienes en primer lugar manifestaron la necesidad de someter a control la distribución y el consumo de tales productos, control que consideraron debía quedar de forma exclusiva bajo su propia responsabilidad. Polemizando contra los médicos y las autoridades centrales –en particular la Dirección General de Sanidad– los dueños de farmacias colaboraron activamente en la formulación de las primeras normativas destinadas a reglamentar el expendio y consumo de sustancias posibles de ser utilizadas de forma recreacional. Así, junto a los toxicómanos nacía la reglamentación que los perseguía.

Palabras clave: Historia de las drogas, historia de la medicina, ocio.

ABSTRACT

Since the beginning of the 20th century in Chile, a public debate was initiated regarding the extra medical consumption of substances such as opium and its derivatives, cocaine and cannabis. It was the pharmacists who first expressed the need establish controls on the distribution and consumption of such products. They considered that this control

¹ Este artículo es parte de una investigación mayor, realizada gracias al apoyo de Conicyt a través del proyecto Fondecyt Iniciación “Paraísos Artificiales: Historia Social del consumo, producción, regulación y tráfico de drogas en Chile, 1900-1973”. Agradezco del mismo modo a Nicolás Lema por su dedicación como ayudante en dicha investigación.

² Doctor en Historia, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile. E-mail: mfernand@ua.hurtado.cl

should be under their exclusive responsibility. Arguing against physicians and central authorities –in particular the General Health Direction– the owners of pharmacies actively cooperated in the formulation of the first normative destined to regulate the sales and consumption of substances that might be used for recreational purposes. In this manner, together with the rise of the drug abuser, the regulation that would pursue them was born.

Keywords: History of drugs, history of medicine, leisure time.

Recibido: 23.12.11. Aceptado: 23.10.13.

DESDE MUY TEMPRANO en el siglo XX se establecieron –o al menos se buscó hacerlo– conjuntos de medidas que tenían como fin la regulación de la producción, elaboración, comercio y consumo de determinadas sustancias consideradas como peligrosas o requeridas de especial restricción, particularmente el opio y sus derivados y la cocaína. Durante buena parte del siglo XX estas sustancias fueron casi en exclusiva dominio legal de las boticas, droguerías y farmacias, puntos de elaboración y expendio de multitud de preparados y dosificaciones, centros por ello así de la opinión informada, la mirada atenta de la autoridad y el ansia de los consumidores. Sólo de forma muy tardía –ya en la década de 1960, y antes de manera excepcional– la provisión de sustancias sujetas a restricción salió de las farmacias, y de modo general, toda la legislación establecida tenía como núcleo de atención a estos establecimientos³.

De tal modo, es decidor el hecho de que la primera mención legal a la necesidad de regular la elaboración y expendio de ciertas sustancias destinadas al ejercicio médico lo hiciera en los marcos del Código Penal de 1875, en el articulado referido a los crímenes y simples delitos contra la salud pública y por medio de los en extremo longevos artículos 313 y 314, que establecían respectivamente sanciones de reclusión menor en su grado medio y multas para los fabricantes no autorizados (es decir, no boticarios) de preparados medicinales; y de reclusión menor en grado mínimo y multa para aquellos que, estando autorizados, “... los fabricaren o expendieren sin cumplir con las formalidades prescritas en los reglamentos respecti-

³ Sobre la temprana constitución del comercio lícito e ilícito del mercado de sustancias en Chile, ver “Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito de la prohibición en Chile, 1920-1960” (Fernández Labbé, 2009). Para el mismo problema en el caso de los Estados Unidos, ver de Richard DeGrandpre (2006). Una visión a escala mundial puede encontrarse en Richard Davenport-Hines (2003).

vos”⁴. El sentido lato de la normativa se dirigía no en contra de un consumo recreativo o “vicioso” de los medicamentos, sino contra la posibilidad de que fuesen adulterados, generando con ella peligros fatales para la salud pública. Ello en razón de que estas “... sustancias tienen fuerza y vigor para producir algunas veces el bien, es a costa de tenerlo para causar en otras muchas el mal. Todo remedio heroico es un veneno: todo lo que sirve para curar, sirve asimismo para dar muerte. Una sustancia que no sea peligrosa, de poca utilidad puede ser para ningún caso dado. Veneno es el opio, veneno es el mercurio, veneno son todos los medicamentos de alguna importancia... De estos principios se sigue la natural y necesaria intervención del Estado en el comercio y despacho de las medicinas”⁵.

Así, lo relevante en la regulación del expendio y consumo hacía referencia a la posibilidad cierta de un uso suicida de estas sustancias, mucho más que motivado por el hábito o la dedicación⁶. Adulteración, abuso mortal, tales eran los temores, tales eran los motivos fundantes de la regulación, que se hacía urgente en un contexto en el que la instalación de farmacias se había multiplicado como efecto de las leyes de enero de 1879 y julio de 1881, que habían autorizado el que éstas fueran regentadas por prácticos carentes del título de farmacéuticos⁷. En ese sentido debe entenderse la temprana demanda, por parte de los farmacéuticos chilenos, de la redacción de una farmacopea no solo nacional –que vería la luz en 1905–, sino que internacional, para consensuar la posología y dosificación de los distintos preparados elaborados con sustancias narcóticas y anestésicas⁸. La institución que debía encargarse de esta tarea era la Comisión Visitadora dependiente del Consejo Superior de Higiene, la cual, de acuerdo al órgano de los boticarios, era materialmente incapaz de cumplir su cometido, entre otras razones, por la extensión del territorio, lo escuálido de su planta de funcionamiento y la multitud de procedimientos experimentados en cada establecimiento, imposibles de considerar en su detalle. La mejor prueba de esta incapacidad era la ausencia de publicidad de los informes emanados de dicha Comisión⁹.

⁴ Citado en Cristián Merino R. (2000, p. 5).

⁵ Comentario de Joaquín Francisco Pacheco al Código Penal español de 1850, citado en Ibíd., p. 32.

⁶ Con respecto a la utilización de productos expedidos en boticas para la comisión de suicidios, ver Fernández Labbé (2004 y 2006).

⁷ La Farmacia Nacional (en adelante FN), N° 29, noviembre de 1904, p. 67.

⁸ Revista Farmacéutica Chilena (en adelante RFCh), año I, N° 7, julio de 1902, p. 194.

⁹ RFCh, año II, N° 4, agosto de 1904, p. 129.

En ese contexto, el Consejo Superior de Higiene Pública emprendió la elaboración a inicios del siglo XX de un primer Reglamento para oficinas de farmacia y droguerías, reglamento que representa gran interés tanto por sus disposiciones referidas a las sustancias que analizamos como por las opiniones encontradas que su discusión generó entre los distintos agentes de la regulación médica nacional¹⁰. Sin entrar en detalles técnicos, los argumentos centrales que los farmacéuticos plantearon para oponerse al avance de esta primera legislación fueron dos: en primer lugar, el hecho de que la prohibición de expendio sin receta médica de cualquier preparado que contuviese sustancias como opio, coca, cáñamo y sus derivados químicos, no discriminaba entre uso interno y externo; y en segundo, el hecho de que la exigencia de receta médica lo único que lograría sería encarecer la adquisición de medicamentos por parte de quienes más los utilizaban, es decir, los pobres, dejándolos "... con esto expuestos al sufrimiento prolongado de sus dolencias"¹¹. Junto a lo anterior, el proyecto de reglamentación de 1905 hacía radicar en el médico la responsabilidad de expresar en la receta la cantidad de dosis que debían expedirse. Al farmacéutico le correspondía, por su parte, además de circunscribirse a las prescripciones médicas, el indicar en las etiquetas de sus productos el porcentaje de principios activos –de alcaloides– presentes en éstos¹². Es decir, los encargados de las boticas al esgrimir razones de procedimiento profesional, aducían una persistente descalificación y subordinación de su actividad a criterios extrafarmacoló-

¹⁰ Sobre este particular son de gran interés las diferencias explicitadas por los farmacéuticos organizados en el proceso de elaboración del Reglamento. Así, para fines de 1904 es posible leer en las páginas de una de sus publicaciones periódicas, ya no en contra sólo de este intento de regulación en particular, sino de cualquiera: "¿qué no se ha hecho, qué atrocidades no se han escrito, qué especie de vasallaje no ha querido ejercerse que no se haya puesto en práctica? Se ha estado escribiendo desde hace años sobre reglamentaciones. Todos los nenes aspirantes a figurones que no han hallado otro tema más fácil para dar importancia a su república nos han hablado de reglamentación. Se ha hecho de esto un *sport*, y la familia de los aficionados a este género de hacer méritos, va siendo ya numerosa. Los *reglamentarios*, que así debieran llamarse, van constituyendo una especie de peste infecciosa que amenaza invadir hasta los centros científicos, o que, a lo menos, se consideran como tales... ¿Qué males venía a remediar este Reglamento? ¿Qué intereses iba a amparar? Es hasta irónico decirlo: ninguno. Por el contrario, considerando a los farmacéuticos como un hato de bribones que necesitan freno, reglas de conducta y garrote, se les metía dentro de un círculo de hierro y se les prescribía necesidades como estas: número de horas que debían estar en la botica, forma de los frascos que debían emplear, reservas que debían guardar y otras que sería largo hacer presente. En suma, no se trataba de profesionales honrados y laboriosos, dignos de toda consideración y respeto, sino de negros esclavos condenados al grillete. Y por ahí, entre líneas, había no se qué olor a monopolio capitalista sobre el pequeño industrial". FN, N° 29, noviembre de 1904, pp. 65-66.

¹¹ RFCh, año III, N° 10, febrero de 1905, pp. 347-348.

¹² Ibídem.

gicos, en particular como efecto de la supremacía médica en las instancias oficiales de reglamentación¹³.

A fin de cuentas, el Reglamento de 1905 fue sancionado desconociendo las recomendaciones de los farmacéuticos –salvo en la discriminación entre uso interno y externo de algunos de los preparados medicinales–, lo cual hizo expresar a éstos su temor de que su efectiva aplicación “... traería consigo variados inconvenientes en el ejercicio profesional, irrogaría molestias y gravámenes al público consumidor y produciría graves perjuicios a la industria farmacéutica nacional”¹⁴. Pocos meses después su desencanto se traduciría en la elevación de un petitorio gremial destinado al Gobierno, en el cual se incluía la lisa y llana derogación del Reglamento en cuestión, aduciendo su inconstitucionalidad por atentar contra la libertad de trabajo e industria. En caso de no responderse a sus peticiones, el recién conformado Centro Farmacéutico Social se proponía como medida de presión un *lock out* de las farmacias chilenas¹⁵. Al mismo tiempo, los boticarios solicitaron un comentario en Derecho por parte del Consejo de Defensa Fiscal en torno a la constitucionalidad de la reglamentación sobre sus establecimientos y funciones. Esta institución en su informe se hizo eco de las demandas farmacéuticas, explicitando el hecho de que la ausencia de reglamentación “... ha protegido la salud y la vida del pueblo, sin imponerle la pesada obligación de pagar un médico para que le de una receta por unos cuantos centavos de alguna sustancia que siempre ha empleado con éxito para curar sus pequeñas dolencias. Esta odiosa prohibición puede favorecer el interés de algunos médicos, pero daña profundamente el interés del pueblo”¹⁶.

Es decir, la posibilidad del abuso vicioso no debía anteponerse al bien superior de la salud popular, y la figura del toxicómano no poseía aún la envergadura necesaria para tomarla en consideración. A fin de cuentas, un decreto de julio de 1905 derogó el Reglamento en cuestión, organizando para su reforma una Comisión compuesta por miembros del Consejo de Higiene, la Comisión Visitadora de Boticas, la Sociedad Nacional de Far-

¹³ De modo muy evidente, el *ethos* de los droguistas se resintió debido a la especificación que la Ley de Alcoholes de 1902 hacía de tal profesión, indicándola con una particular sanción en caso de proceder en estado de ebriedad –al igual que oficiales de cuerpos militares, docentes o chóferes de carros. Así, expresaban su molestia en tanto dicha normativa era comprendida como “deprimente de la dignidad y prestigio de una profesión científica”, dejando a los farmacéuticos “en un estado de decadencia manifiesta, haciendo comprender que habrían comprometido la salud pública.” Ibíd., p. 353.

¹⁴ RFCh, año III, Nº 11, marzo de 1905, p. 381.

¹⁵ RFCh, año IV, Nº 1, enero de 1906, pp. 7-10.

¹⁶ Ibíd., pp. 37-38.

macia y el decano de la Facultad de Medicina¹⁷. El efecto de lo anterior fue la prevalencia de un estado de no-regulación práctica de los establecimientos expendedores de preparados medicinales elaborados con sustancias alcaloides, persistiendo como únicas disposiciones de control aquéllas contenidas en el Código Penal, las que, de acuerdo a un observador, no eran sino “letra muerta”¹⁸. Sin embargo, y con las medidas en vigor, los mismos farmacéuticos se mantuvieron siempre alertas tanto del impacto de la regulación de las sustancias posibles de uso extra-médico, como de su propia responsabilidad en las restricciones que a las mismas debían ser impuestas. Así, y ya en 1927, en las actas del Primer Congreso Farmacéutico celebrado en Concepción, se anotaba el acuerdo de tratar en sesión el tema del “... control de los alcaloides en las farmacias”¹⁹. Llegados a una conclusión, los profesionales decidieron recomendar a las autoridades “... la eliminación de todos los productos del control que, actualmente se les exige a las farmacias, menos los siguientes: Morfina en polvo, ampolletas y comprimidos; Pantopón [derivado del opio], polvo y ampolletas, Cocaína polvo”²⁰. Junto con ello, que se restringiera la importación de específicos –es decir, mezclas y dosificaciones posibles de realizar en la farmacia– aumentando al mismo tiempo el control de la producción nacional²¹.

Paralelamente, a partir de la década de 1920 se implementó un complejo mecanismo de regulación de la provisión de hojas de coca, destinada al consumo de los trabajadores peruanos y bolivianos residentes en faenas mineras en el norte de Chile, mecanismo que debió lidiar con el estado de informalidad extrema que prevalecía en las pulperías del nitrato²². Sobre este particular, hemos podido rastrear algunas ocasiones en que, por diversos motivos, la introducción de hojas de coca motivaba la intervención de la DGS: por ejemplo, a fines de 1927 un comerciante del norte de Chile solicitaba permiso para traspasar un cargamento de dichas hojas –que alcanzaba a 1.310 kilogramos– a otro distribuidor, por haberse caducado su licencia de internación²³. Asimismo, y por las mismas fechas, un comerciante de origen yugoslavo afincado en Calama reclamaba ante la DGS por la

¹⁷ Ibíd. pp. 38-39.

¹⁸ J. Emilio Belmonte (1920, p. 5).

¹⁹ Boletín Farmacéutico (en adelante BF), año I, tomo I, agosto-octubre de 1927, p. 28.

²⁰ BF, año I, Nº 2, septiembre de 1927, p. 59.

²¹ BF, año I, Nº 9, abril de 1928, p. 293.

²² BF, año II, Nº 4-5, noviembre-diciembre de 1928, pp. 477-478. Sobre el particular del consumo de hojas de coca por los trabajadores andinos, ver de Cassman *et al.* (2003, pp. 149-158). Para la cocaína como sustancia, Gootemberg (2009).

²³ Archivo Dirección General de Sanidad (en adelante ADGS), folio 20, noviembre de 1927.

restricción de su negocio —que indicaba desarrollar hace casi treinta años— de provisión de coca a los trabajadores bolivianos presentes en la zona, que le había llevado a importar la enorme cantidad de 30 mil kilos de las hojas del arbusto desde Bolivia en 1923, y otros cinco mil en la fecha de la solicitud²⁴. Ya cerca del final de la década son abundantes las referencias a la denegación y aprobación de internación de considerables cantidades de hoja de coca —desde los 5 a los quince mil kilos—, en particular para empresas mineras que alegaban tener entre sus trabajadores a obreros bolivianos²⁵.

Sin embargo, y a pesar de la intensificación de la regulación y las numerosas denegaciones de ingreso, la situación del comercio de hojas de coca en la pampa salitrera fue motivo permanente de preocupación oficial, en particular por el hecho —concebido como una amenaza mortal— de que las hojas de coca internadas fácilmente rebasaban los canales legales de distribución, siendo frecuente “... el traspaso que hacen los droguistas establecidos en las ciudades del norte, de las concesiones de internación de la droga a simples comerciantes que trafican con ella en la pampa, fuera de la ley, vendiéndola en las pulperías y otros negocios”. Todo ello era provocado por la ausencia de reglamentación del expendio de medicamentos en la zona salitrera, en donde la insuficiencia de establecimientos farmacéuticos permitía que la venta se realizara en los comercios bajo jurisdicción de las compañías del nitrato, las que incluso advirtieron de su disposición a cerrar los servicios médicos y boticas a su cargo en caso de que se les obligase a cumplir las disposiciones del Código Sanitario de forma estricta, tal y como demandaba la DGS, traspasando el financiamiento y administración de estos a las Juntas de Beneficencia locales²⁶. Es decir, las mismas empresas del salitre consideraron una amenaza para sus explotaciones el aumento en la fiscalización de la autoridad, aun cuando ésta contase con el apoyo de los profesionales de la farmacia, y más allá de ello, estuvieron dispuestas a desligarse de las responsabilidades que sobre el cuidado médico de sus trabajadores hasta ese entonces les correspondía. Muy por el contrario, la solución para la DGS era tanto el cumplimiento de los acuerdos suscritos por Chile con la Sociedad de las Naciones, y más en lo específico, la “normalización del servicio de farmacias en la pampa conforme a la ley”, permitiendo que “mediante un fácil control”, se llevase a sus “justos límites” el consumo de las hojas de coca, las que serían importadas por “las mismas farmacias de

²⁴ ADGS, doc. 2074, noviembre de 1927.

²⁵ La Farmacia Chilena (en adelante FCh), año II, N°s 6-7-8, pp. 115, 133, 159.

²⁶ FCh, año II, N° 12, diciembre de 1928, p. 238; FCh, año III, N° 1, enero de 1929, pp. 9-10.

las compañías salitreras, en conformidad de las necesidades de la población extranjera que necesita de ella, imprescindiblemente". Un paso en ese sentido, además de la entrega de las farmacias a los farmacéuticos, sería declarar personales e intransferibles las autorizaciones de internación de las hojas del arbusto²⁷. A juicio de los principales interesados –los dueños y regentes de boticas– la oposición de los empresarios salitreros (descritos como "señores feudales") a reglamentar el expendio de medicamentos en general y de la hoja de coca en particular se explicaba por su intención de mantener a sus trabajadores en estado de "raza pusilánime, viciosa y degenerada", fácil de dominar y hacer obedecer. Además, contaban para ello con "... grandes gestores en todos los partidos políticos y el gobierno", situación que trocaba el dilema administrativo de la regulación en un intríngulis político en el que los intereses de las fortunas del nitrato se oponían a la dignidad de Chile, que ya era representado en los foros internacionales como un "país narcotizado"²⁸.

En el fondo lo que se buscaba era, primero, limitar el consumo del alcaloide a los trabajadores bolivianos y peruanos; segundo, prescribir la internación solo de pequeñas cantidades de coca y, por último, que este tipo de comercio se realizará exclusivamente en establecimientos farmacéuticos, sujetos por ello a regulación, excluyendo de este tráfico por ello a pulperías y negocios corrientes. Cada una de estas recomendaciones tomó cuerpo en un decreto firmado por el jefe de la Inspección de Alimentos en 1929²⁹.

En este sentido, no deja de ser indicador de los objetivos que originaban la regulación de la hoja de coca el hecho de que el expendio de este producto se pudiese realizar de forma mucho más flexible en las zonas en las que se consideraba que no existía "un consumo vicioso". Así, a la consulta al respecto elevada por un boticario de la capital, la DGS respondía que las hojas de coca debían anotarse en los libros del registro de alcaloides, pero solo al momento de adquirirla al mayorista, no exigiéndose llevar el registro detallado –como en el norte– de la venta al por menor, la cual podía realizarse sin necesidad de receta³⁰. Es decir, la suma de prevenciones estaba explícitamente dirigida hacia los *otros*, aquellos que podían ser tolerados en su vicio, pero que no por ello dejaban de ser representados como agentes de contagio.

Así, desde mediados de la década de 1920 la Sección de Alimentos y

²⁷ FCh, año II, Nº 12, diciembre de 1928, p. 238.

²⁸ FCh, año III, Nº 3, marzo de 1929, p. 48.

²⁹ FCh, año III, Nº 8, agosto de 1929, pp. 155-156.

³⁰ FCh, año IV, Nº 7, julio de 1930, pp. 139-140.

Drogas de la Dirección General de Sanidad informaba de los alcances y limitaciones en las tareas de fiscalización de las farmacias del país –que según sus datos superaban los 700 establecimientos–, anotando en especial lo deficiente de dichos controles, “... por cuanto la documentación de los archivos ha sido llevada incompletamente”, en particular aquélla referida a la elaboración y venta de alcaloides, regulada por medio de “... recibos globales y planillas que acreditan, en detalle, ante el mayorista, el uso legal que las boticas han hecho de las sustancias pedidas”³¹. En un sentido similar, pero refiriéndose a la circulación del opio en el norte del país, un médico expresaba en 1927 que “... la acción judicial en orden de reprimir este vicio brilla por su ausencia hasta el punto que, con rara uniformidad, funcionarios de quienes hemos solicitado íntimamente informes al respecto, afirman de que el opio manda como soberano y señor en la pampa salitrera, y que la colonia china, poseedora de garitos, tabernas y fumaderos, tiene una influencia formidable sobre nuestras autoridades”³².

Las razones de esta laxitud –o claro incumplimiento– de dichas normativas estaban, a juicio al menos del farmacéutico Lisandro Latorre, en lo que denominó aquel mismo año como la “corrupción en el comercio de drogas”, sobre el cual, dada “la importancia social que tiene”, el Estado debía ejercer “un control riguroso, porque en caso contrario su labor social no solo se verá entorpecida sino también arruinada y desprestigiada”. Hasta ese momento, tanto la falta de funcionarios –en número y competencias– como la extensión territorial de Chile, operaban como los factores más destacados de la inoperancia oficial, la cual había hecho reaccionar incluso a la Dirección General de Impuestos Internos en vistas a fortalecer la acción fiscalizadora de la DGS³³, más aún cuando las “... penas o multas sancionadas por el Código Penal o el Código Sanitario son ‘rara avis’ en los anales estadísticos de estas disposiciones...”³⁴. Como alternativa a lo anterior, como estrategia que permitiese al país “guardar sus tesoros y cuidar su raza”, el doctor Víctor Grossi insistía en la necesidad de asumir el problema de los narcóticos a partir de un “...carácter preventivo como todos los problemas que abarca la medicina social y hay necesidad de una cooperación amplia de los poderes públicos, autoridades policiales y sanitarias, maestros, médicos y hombres de bien, para alcanzar una solución integral. Los médicos deberán observar la mayor prudencia en la prescripción de las

³¹ FCh, año I, N° 2, febrero de 1927, pp. 21-22.

³² FCh, año I, N° 4, abril de 1927, p. 46.

³³ FCh, año I, N° 5, mayo de 1927, p. 54.

³⁴ FCh, año I, N° 6, junio de 1927, p. 75.

drogas, sancionar moral o con reglamento severo al traficante titulado y exigir el cumplimiento de las ordenanzas...”³⁵.

De esa forma, antes que y luego en conjunto con las policías, el control de circulación efectiva de los narcóticos estaba en manos de la DGS, institución que ya en 1927 iniciaba una investigación en torno al tráfico de morfina y cocaína, opio y heroína en una farmacia de la capital³⁶. Era justamente este tipo de ampliación de la fiscalización jurídica la que se exigía poco después desde las páginas de *La Farmacia Chilena*, al momento que se reconocía que “... entre nosotros la reglamentación sobre los narcóticos no ha logrado resultados muy satisfactorios, bien es verdad que no tanto por defectos de la ley misma sino por falta de cumplimiento de sus disposiciones, las que no consultan como es de razón la cooperación inmediata, rápida y enérgica de la policía...”³⁷. Ya a inicios de 1928, la misma fuente saludaba la coordinación entre los funcionarios de la DGS y la Sección de Seguridad en la “... celada muy bien tendida...” gracias a la cual se había logrado detener a “... un hijo del Celeste Imperio, recién llegado del norte, que recorría las Boticas de Santiago en demanda de su droga favorita”³⁸. Con este tipo de ejemplos, así como pensando en las condiciones específicas de reglamentación del uso de la hoja de coca, un comentarista contemporáneo podía demandar un fortalecimiento de la legislación restrictiva –como esfuerzo de mayor “patriotismo” con la profesión farmacéutica–, que hasta ese momento había sido fácilmente burlada y superada, demostrando que “... nuestra benevolencia legal nos ha llevado a extremos peligrosos. Las disposiciones vigentes sobre la materia están confeccionadas para que se apliquen a personas de una cultura especial”³⁹. Es decir, lo que se estaba indicando era la necesidad de ajustar la regulación narcótica ya no sólo a los *otros*, a aquellos segmentos de población inmigrada que, por razones de atavismo racial (en la jerga pseudocientífica del periodo) no dejaban de degenerar a causa del consumo del opio en los chinos, de la hoja de coca en los altiplánicos; sino que disponer un aparato de control y persecución de aquellos chilenos y chilenas que consumieran éstas y otras sustancias requeridas de fiscalización.

Por todo lo anterior es que queda de manifiesto que el principal eje de control de narcóticos en el Chile de las décadas de la primera parte del

³⁵ FCh, año I, N° 7, julio de 1927, pp. 91-92.

³⁶ FCh, año I, n° 11, noviembre de 1927, p. 162.

³⁷ FCh, año II, n° 1, enero de 1928, p. 11

³⁸ Ibíd., p. 12.

³⁹ FCh, año II, N° 2, febrero de 1928, p. 21.

siglo XX fueron las farmacias y boticas, y por ello la regulación afectó en lo específico a tales establecimientos y las transacciones que a su interior se desenvolvían. Así, como parte de los cuerpos normativos que ya hemos mencionado a partir del Código Penal, ya en 1926 se prescribía la obligatoriedad –de acuerdo con el Reglamento de Boticas de ese año– por parte de todo agente vendedor de drogas de portar un carnet de identificación, visado y timbrado por la autoridad sanitaria correspondiente⁴⁰. Del mismo modo, a inicios de 1928 fue elaborado un protocolo de control de la salida y entrada de alcaloides desde las boticas, debiendo indicarse en cada expediente y en un libro foliado: el tipo de droga vendida o comprada, la cantidad, el nombre del comprador o vendedor, y el número de la receta, la dirección del paciente y los mismo datos con respecto al médico suscriptor de la dosis prescrita⁴¹. En el mismo periodo, el Congreso iniciaba la discusión del articulado que daría forma a la reglamentación general de 1936⁴², proceso seguido muy de cerca por el jefe de la Sección de Drogas y Alimentos de la DGS, el farmacéutico Francisco Hernández⁴³. Antes de ello, en todo caso, fue publicado un Nuevo Reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares, promulgado el 14 de julio de 1933, que ponía a las siguientes sustancias bajo la regulación de narcóticos: cocaína clorhidrato y cocaína pura; extracto blando de cáñamo índico; extracto blando de hidrasis; extracto fluido de coca; heroína; hojas de coca; jarabe de morfina, jarabe de opio; morfina clorhidrato; morfina sulfato; opio en pasta; opio en polvo; pantopón en polvo; polvos de coca; tabloides de cocaína, morfina y atropina; tintura de coca; tinturas de opio⁴⁴.

A juicio de los mismos farmacéuticos, la legislación existente era suficiente, al menos para controlar a las farmacias y boticas. El problema radicaba en que estas medidas no se aplicaban, en términos de que la defraudación de la legislación no revertía en penas significativas para los que las cometían, en tanto las sanciones tomaban la forma de multas por “... algunos pesos la mayoría de los casos, que esas mismas personas, con el producto de sus ventas clandestinas, tienen para cubrirlas con larguezas. Y después salen muy campantes con nuevas intenciones para, llegado el momento propicio, embarcarse en nuevas transacciones que tan pingües utilidades les dejan”. Por ello, “... las disposiciones penales deben ser draco-

⁴⁰ FCh, año III, N° 12, diciembre de 1929, p. 225.

⁴¹ FCh, año II, N° 3, marzo de 1928, p. 53.

⁴² FCh, año II, N° 7, julio de 1928, p. 134.

⁴³ FCh, año II, N° 10, octubre de 1928, p. 193.

⁴⁴ FCh, año VII, N° 8, agosto de 1933, pp. 154-158.

nianas, sin contemplaciones, el ideal sería que una vez aplicadas, al primer traficante sorprendido, no tuviera materialmente recursos para volver por esos mismos senderos. Deben ser medidas ejemplarizadoras que sirvan de escarnio para aquellos que fijan todo el esplendor de su vida –que debe ser recta y moral– en aras de esos actos deshonestos, huérfanos de toda honradez...”⁴⁵. Por ello, no deberá sorprendernos que ante cada transformación de la reglamentación de sustancias los farmacéuticos lo asumieran como un tema de directo interés gremial. Y en ese tono, desde las publicaciones periódicas que mantenían se apeló tanto a la responsabilidad de los médicos en la circulación de los alcaloides, como en la necesidad de perfeccionar la legislación existente, proponiendo para ello, por ejemplo –y en fecha tan temprana como 1933–, la constitución de un registro de usuarios de la morfina y la cocaína, con el objeto de que, una vez “acostumbrados por el tiempo al vicio”, les fuesen suministradas dosis diarias que los arrancasen del “abuso y la especulación” a la que era fácil que se entregaran. Del mismo modo, se apelaba a la necesidad de un establecimiento de salud que recibiera a estas “víctimas del vicio” y así pavimentar el camino hacia su recuperación⁴⁶.

El conjunto de la situación de regulación de las sustancias narcóticas y alcaloídeas que hasta aquí hemos intentado reseñar experimentó un hito relevante a partir de la discusión que dio forma al Reglamento de Estupefacientes de 1936. Convocados los representantes de la Dirección General de Sanidad, la Asociación Médica, la Asociación Chilena de Química y Farmacia y la Asociación Odontológica –además al parecer de algún representante de la veterinaria–, durante más de un año sesionaron para dar cuerpo a un nuevo Reglamento que, antes de su ratificación oficial, presentaba a juicio de los boticarios algunas debilidades, en lo fundamental lo que –una vez más– calificaron como “sobre regulación”, la cual hacía “muy engoroso para las farmacias su cumplimiento, pues son muy numerosos los alcaloides, preparados galénicos y especialidades farmacéuticas que caen bajo su control, y sabido es que un exceso de reglamentación conduce al fraude”. Por lo mismo, pedían reducir el número de medicamentos sometidos a regulación y concentrar la atención en la cocaína y la morfina, “... que son las más codiciadas por las personas que están habituadas al uso de estos alcaloides”. Sin embargo, junto a ello saludaban las restricciones propuestas a las recetas médicas indefinidas y confiaban en la utilidad innegable de la

⁴⁵ FCh, año III, Nº 4, abril de 1929, pp. 61-62.

⁴⁶ FCh, año VII, Nº 2, febrero de 1933, p. 25.

nueva reglamentación⁴⁷. Una vez entrado en vigencia, el Reglamento será reconocido en su utilidad por prohibir terminantemente la heroína –y con ello sacarla de circulación legal– e insistir en los mecanismos de control al interior de las farmacias y de la verificación de las recetas médicas⁴⁸, aún cuando para algunos este objetivo no se hubiese alcanzado por completo, al momento en que no se definían sanciones para los médicos que redactaban las recetas, existiendo algunos de ellos “... que han hecho de la explotación de aquellos crónicos enfermos, como son los toxicómanos, una fuente de pingües entradas”⁴⁹. En el fondo, y como bien lo expresaron al momento de introducir la publicación del texto total del Reglamento en cuestión, para los farmacéuticos éste debía representar sólo un “factor” en el plano mucho más amplio de la represión de las narcomanías, problema que sólo hallaría una solución efectiva tras la organización de colegios médicos y farmacéuticos –para reglamentar el comportamiento ético de los profesionales–, “... la dictación de una ley que permita la reclusión forzosa de los narcómanos –para su racional tratamiento–, y, por último, de la creación de un cuerpo policial destinado exclusivamente a la persecución de los contrabandistas de drogas heroicas...”⁵⁰.

El nuevo marco legal no representaba ni una innovación radical –al parecer por ninguno de los actores deseada– al *status quo* de la reglamentación del expendio; ni un verdadero avance en lo que a la represión del consumo extra-médico competía. Por ello, lo que los farmacéuticos pedían era mayor participación policial, responsabilización de los médicos en el circuito de la regulación y tratamiento forzado a aquellos considerados consumidores viciosos. De forma similar, y tras un año de aplicación de la legislación de 1936, el farmacéutico Alejandro Montero insistía en el desequilibrio que el cuerpo normativo establecía entre las estrictas normas aplicadas a los boticarios y la ancha manga que mantenían los médicos a la hora de recetar alcaloides. Algo más allá, se animaba a plantear una serie de recomendaciones para abordar el tema en su conjunto:

- 1º Abrir un registro de todos los toxicómanos, por la DGS;
- 2º Solo la DGS, por medio de sus médicos sanitarios, podrá extender recetas de cocaína y morfina, destinadas exclusivamente a los toxicómanos y con dosis cada vez más decrecientes hasta la cura del enfermo;

⁴⁷ FCh, año IX, Nº 1, enero de 1935, pp. 4-5.

⁴⁸ FCh, año X, Nº 6, junio de 1936, p. 101.

⁴⁹ Idem., pp. 106-107.

⁵⁰ FCh, año X, Nº 7, julio de 1936, p. 134.

- 3º Se prohíbe a las farmacias despachar recetas de cocaína y morfina, con excepción de aquellas en que forman parte integrante de una formula;
- 4º Para los usos médicos, dentales o veterinarios, la DGS proporcionará a éstos formularios oficiales con este solo objeto;
- 5º Formación de un Sanatorio especial para toxicómanos;
- 6º Castigo con prisión incommutable a la persona que trafique con alcaloides...”⁵¹

Así, el foco que ponía Montero estaba destinado a iluminar en particular la responsabilidad que al Estado le cabía –a través de la DGS– en la vigilancia y rehabilitación de los toxicómanos, proponiendo además que sustancias de alto contenido narcótico no fuesen despachadas en sus formas puras por las farmacias, sino que estuviesen monopolizadas por el Estado y destinadas sólo a los consumidores adictos, entendiendo la disminución de las dosis como un camino de sanación. De forma paralela, la misma instancia gubernamental promovió aspectos de regulación que se escapaban a las demandas farmacéuticas, al mismo tiempo que los implicaban directamente: con fecha 20 de agosto de 1938 se emitió el Decreto N° 651, que facultaba a la DGS a desarrollar la producción de amapola en el país con el fin de producir opio, restringiendo el cultivo a “no más de tres agricultores de reconocida honorabilidad”, los cuales deberían contar con la asesoría permanente de un farmacéutico, el cual, en caso de irregularidades, debería responsabilizarse solidariamente de las consecuencias penales de éstas⁵². Más importante que lo anterior, sin embargo, era el hecho de que una y otra vez se repitiera la necesidad de dar a los toxicómanos un tratamiento médico-penal diferenciado, es decir, la concepción común de que los adictos a las sustancias no podían ser tenidos como simples delincuentes –en el caso de que delinquieran–, sino que como enfermos que, bajo la responsabilidad del Estado, debían rehabilitarse como estrategia para escapar a su latente –y en principio reversible– asocialidad. En tal sentido, la referencia a la institucionalidad diseñada para los ebrios consuetudinarios fue obligada, así por sus proposiciones teóricas de tratamiento, como por el fracaso en su efectiva implementación. En un texto de 1938 se recordaba la inexistencia real de los Asilos de Temperancia ordenados por la legislación anti-alcohólica de inicios del siglo XX, así como su hipotético reemplazo por los Institutos de Reeducación Mental dispuestos por la Ley de Alcoholes de 1933 y man-

⁵¹ FCh, año XI, N° 4, abril de 1937, pp. 65-66.

⁵² FCh, año XIV, N° 11, noviembre de 1940, pp. 497-502.

tenidos –a pesar de su nula implementación– por la de 1938. De acuerdo a la misma, este tipo de establecimientos se fundarían en Santiago –anexo a la Casa de Orates–, Antofagasta y Concepción, y las internaciones se realizarían por orden judicial y con los fines de rehabilitación y cumplimiento de condenas. En la práctica, los toxicómanos que delinquían terminaban en el manicomio, en donde no “... se les reeduca ni prepara para una vida normal dentro de la sociedad”, y aquellos que se reconocían como enfermos tenían la posibilidad de acceder, en la ciudad de Santiago, al Sanatorio de El Carmen, así como al tratamiento disponible en clínicas privadas (Enríquez, 1938, pp. 138-140).

En sentido muy similar, un médico dos años más tarde se preguntaba “¿Dónde están los sanatorios? ¿Dónde están los médicos, dónde el personal especializado y paciente que ha de concurrir a su curación? Confesemos que no hay nada para ellos, pero confiemos también en que algún día se hará el gran hospital para toxicómanos: ancho crisol depurador de cuerpos y de almas, refugio y esperanza de tantos miserables naufragos de la vida” (Macuada, 1940, p. 39). Junto a ello informaba que en ese momento la cantidad de toxicómanos internados eran muy pocos, siendo la mayoría morfinómanos, a los cuales se los trataba tanto con el auxilio de la insulina como por medio de hipnóticos que “... no han conseguido siempre los buenos efectos esperados”. A pesar de esta evidente carencia, y en la opinión del mismo autor, se podían percibir ciertos atisbos de esperanza, en términos de que él mismo expresaba que “... casi oficialmente puedo decir que pronto se construirá el ‘Instituto de Reeducación Mental’, exclusivamente para toxicómanos. Este establecimiento se financiará con las multas que produce la Ley de Alcoholes, y servirá tanto a la clientela del Pensionado como a los indigentes, con lo cual se solucionará uno de los problemas sociales más importantes, y a que he hecho mención al hablar del cocainómano y del morfinómano proletarios, atendidos hasta hoy en las salas comunes de los manicomios” (Macuada, 1940, pp. 95 y 120)⁵³.

De forma algo más detallada, al mencionar las necesidades –tempranas– de modificación del articulado de 1936, un comentarista indicaba en 1939 la validez de que fuera la Caja del Seguro Obligatorio la que ejerciese el monopolio de la importación y distribución de los estupefacientes, contando de ese modo con los recursos suficientes para el sostenimiento de las ins-

⁵³ Para el año 1953, sin embargo, el comentario sobre la internación de un adicto-traficante de morfina concluye con la afirmación: “... del Instituto de Reeducación mental, saldrá un hombre útil a la sociedad”. *Revista de Criminología y Policía Científica*, año XIII, N°s 170-171, julio-agosto de 1953, p. 52.

tituciones destinadas a la internación y rehabilitación de los toxicómanos, que podrían ser recluidos por períodos forzados que podían cubrir desde uno a 24 meses de internamiento en el caso de ser reincidentes. Los consumidores ocasionales, por su parte, sólo podrían ser amonestados (Roger Z., 1939, pp. 98-104).

Así, en el curso de cuarenta años se experimentaron una serie de transformaciones de gran alcance en el naciente ámbito del consumo y regulación de drogas en Chile, las que podemos sintetizar de acuerdo a: la visibilización de la toxicomanía como una patología social presente en la sociedad chilena, en permanente riesgo de expansión; la articulación de cuerpos normativos específicos para el control de este fenómeno, concentrados tanto en las sustancias más adictivas como en los grupos de población representados como consumidores atávicos; la preponderancia en cada uno de estos ámbitos de la opinión farmacéutica, a la que solo tardíamente se agregaron los cuerpos policiales.

REFERENCIAS

- Belmonte, J. E. (1920). *Capacidad y responsabilidad del morfinómano, cocainómano y opiómano*. Santiago, Chile: Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Leyes y Ciencias Políticas de la Universidad de Chile, Imprenta Lagunas & Cía.
- Cassman, V.; Cartmell, L. y Belmonte, E. (2003). "Coca as Symbol and Labor Enhacer in the Andes: a historical overview". En Jankowiak, W. y Bradburn, D. (eds.), *Drugs, labor and colonial expansion* (pp. 149-158). Tucson, Estados Unidos: The University of Arizona Press.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- DeGrandpre, R. (2006). *The Cult of Pharmacology. How America became the world's most troubled drug culture*. Durham, Estados Unidos: Duke University Press.
- Enríquez F., I. (1938). *Trastornos mentales en las intoxicaciones*. Concepción, Chile: Imprenta El Águila.
- Fernández Labbé, M. (2004). "Ansias de tumba y de la nada: prácticas sociales del suicidio en el mundo pampino. Chile, 1874-1948". En Arriba quemando el sol. *Estudios de Historia Social Chilena: Experiencias populares de trabajo, revuelta y autonomía (1830-1940)*. Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Fernández Labbé, M. (2006). "Incapaz de soportar ya esta vida. Suicidio femenino en Chile. 1884-1948". *Nuevo Mundo-Mundos Nuevos*, N° 6, EHESS.
- Fernández Labbé, M. (2009). "Del ficticio entusiasmo: el mercado de las drogas en el tránsito de la prohibición en Chile, 1920-1960". *Historia Crítica* 39.

- Gootemberg, P. (2009). *Andean Cocaine: the making of a global drug*. North Carolina, Estados Unidos: The University of North Carolina Press.
- Macuada, P. (1940). *El suicidio por las drogas*. Santiago, Chile: Zig-Zag.
- Merino R., C. (2000). *Evolución histórica de la legislación nacional sobre tráfico ilícito de estupefacientes*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Talca.
- Roger Z., A. (1939). *El problema de los estupefacientes*. Santiago, Chile: El Imparcial.

Fuentes impresas y archivos

- Archivo Dirección General de Sanidad
Boletín Farmacéutico
La Farmacia Chilena
La Farmacia Nacional
Revista de Criminología y Policía Científica
Revista Farmacéutica Chilena

