

La política de drogas y el bien público

Thomas Babor • Jonathan Caulkins • Griffith Edwards
Benedikt Fischer • David Foxcroft • Keith Humphreys
Isidore Obot • Jürgen Rehm • Peter Reuter
Robin Room • Ingeborg Rossow • John Strang

La versión original fue publicada en inglés por Oxford University Press



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Society
for
the Study of
Addiction



BMA 
Ganador del primer premio
en la categoría de salud pública

La política de drogas y el bien público

*Thomas Babor • Jonathan Caulkins • Griffith Edwards
Benedikt Fischer • David Foxcroft • Keith Humphreys
Isidore Obot • Jürgen Rehm • Peter Reuter
Robin Room • Ingeborg Rossow • John Strang*

La versión original fue publicada en inglés por Oxford University Press



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
“La política de drogas y el buen público”
Washington, D.C.: OPS, © 2010

ISBN: 978-92-75-33169-9

I. Título

1. CONTROL DE MEDICAMENTOS Y NARCÓTICOS – legislación y jurisprudencia
2. LEGISLACIÓN DE MEDICAMENTOS
3. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
4. VIGILANCIA SANITARIA
5. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS – epidemiología
6. DROGAS ILÍCITAS
7. CONTROL DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

NLM QV 33

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Contenido

Prólogo	i
Prefacio	iii
Reconocimientos	v
Colaboradores	vii
SECCIÓN I. INTRODUCCIÓN	1
1. Marco de referencia para los problemas	2
1.1 Introducción	2
1.2 ¿Por qué es importante una política de drogas?	2
1.3 ¿Qué significa el término política de drogas?	4
1.4 La necesidad de un enfoque mundial basado en datos científicos	6
1.5 Una política de drogas basada en datos científicos: ¿qué es? ¿es posible?	8
1.6 Nota sobre la terminología	9
1.7 La estructura de este libro	10
1.8 Conclusiones	10
2. Cuestiones importantes	11
2.1 Introducción	11
2.2 Tres distinciones	13
2.3 Significados simbólicos y modalidades de uso	14
2.4 ¿Por qué usan drogas las personas?	16
2.5 Mecanismos del daño	17
2.6 Dependencia	19
2.7 La influencia del contexto	19
2.8 El grado de riesgo o daño que implican distintas sustancias	20
2.9 Conclusiones	24
SECCIÓN II. LA EPIDEMIOLOGÍA Y LOS MERCADOS DE LAS DROGAS	25
3. Las dimensiones internacionales del uso de drogas	26
3.1 Introducción	26
3.2 La magnitud actual del uso de drogas	27
3.3 Estimaciones de la prevalencia en la población	28
3.4 Tendencias en el uso de drogas	31
3.4.1 Epidemias de drogas	34
3.5 Prevalencia del uso de drogas por jóvenes	34
3.6 Tendencias en el uso de drogas por los jóvenes	35
3.7 Variaciones en el uso de drogas en las poblaciones	39

3.7.1	El sexo	40
3.7.2	La edad	41
3.7.3	Características sociales, del comportamiento y de salud mental	42
3.7.4	La etnicidad y las poblaciones indígenas	43
3.7.5	Características de los barrios céntricos y vecindarios	44
3.8	Uso de drogas inyectables	44
3.8.1	Uso de múltiples drogas	45
3.9	Trayectorias individuales y progresión en el uso de drogas	45
3.9.1	La hipótesis de la droga de iniciación	45
3.9.2	“Historia natural” del uso de drogas	46
3.10	Conclusiones	46
4.	Daños asociados con el uso de drogas ilegales	47
4.1	Principios generales al evaluar los daños	47
4.2	Morbilidad y mortalidad	49
4.2.1	La sobredosis	49
4.2.2	Otros daños: accidentes, intoxicaciones y suicidios	50
4.2.3	Enfermedades físicas no transmisibles	52
4.2.4	Trastornos mentales	52
4.2.5	Enfermedades infecciosas	53
4.3	Defunciones y carga de morbilidad atribuibles al uso de drogas ilegales: el ejemplo de Canadá	54
4.4	Carga mundial de morbilidad atribuible al uso de drogas ilegales	56
4.5	Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con las drogas	59
4.6	Daños más allá del ámbito de la salud	60
4.7	Conclusiones e implicaciones para las políticas	62
5.	Los mercados ilegales: la economía de la distribución de las drogas y el daño social	63
5.1	Introducción	63
5.2	El concepto de mercado	64
5.3	Características clave de los mercados de drogas	65
5.3.1	La forma de organización	65
5.3.2	El precio	70
5.3.3	La calidad del producto	72
5.4	Efectos de la producción y el tráfico en los países productores y de tránsito de las drogas	74
5.5	Daños causados por los mercados en los países ricos	78
5.6	Conclusiones	81
6.	El mercado legal: la prescripción y la desviación de psicofármacos	82
6.1	Introducción	82
6.2	Breve historia de la industria farmacéutica	83
6.2.1	La industria farmacéutica mundial	83
6.2.2	Las grandes oleadas de fármacos psicoactivos	83
6.2.3	La promoción de medicamentos psicoactivos	85

6.3	Modalidades mundiales del consumo bajo receta de psicofármacos	86
6.4	Los mercados no regulados y la desviación de medicamentos	89
6.5	¿Cuán separados están el mercado reglamentado y el mercado no regulado?	95
6.6	Conclusiones	96

SECCIÓN III. LA BASE DE DATOS PARA LA POLÍTICA DE DROGAS: INVESTIGACIÓN

SOBRE ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES	97
7. Estrategias e intervenciones para reducir el uso de drogas	98
y daños conexos: panorama de la sección	98
7.1 Introducción	98
7.2 Avances en las investigaciones pertinentes para la política	98
7.3 Normas aplicadas a las pruebas	99
7.4 Tipos de intervenciones y estrategias pertinentes para las políticas de drogas: marco analítico	102
7.5 Interpretación de la base científica	104
7.6 Panorama de los capítulos de la sección III	105
8. La prevención del uso de drogas ilegales por los jóvenes	106
8.1 Introducción	106
8.2 ¿Qué da buenos resultados? Pruebas de la efectividad	110
8.2.1 Programas de prevención del uso de drogas en las escuelas	111
8.2.2 Modificaciones de la gestión en el aula y en el entorno escolar	115
8.2.3 Pruebas para detectar el uso de drogas en las escuelas	115
8.2.4 Prevención del uso de drogas ilegales por medio de intervenciones orientadas a las familias y las comunidades	116
8.2.5 Métodos que usan los medios de difusión y el mercadeo social	117
8.3 Otras interrogantes claves para los encargados de formular las políticas	118
8.3.1 ¿Se adoptan y se ponen en práctica los programas de prevención tal como se había previsto?	118
8.3.2 ¿Los programas estadounidenses de prevención efectiva darán resultado en otros países?	118
8.3.3 ¿Son efectivos los programas dirigidos específicamente a los grupos de jóvenes expuestos a un alto riesgo?	119
8.4 ¿Vale la pena efectuar pequeñas actividades de prevención?	121
8.5 Conclusiones	122
9. Servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas	123
9.1 Introducción	123
9.2 Tipos de intervenciones y sus efectos	124
9.2.1 Intervenciones dirigidas principalmente a los usuarios de heroína y otros opioides	125
9.2.2 Intervenciones encaminadas a reducir los riesgos para la salud causados por el uso de drogas	131
9.3 Intervenciones psicosociales para una serie de problemas relacionados con drogas	134
9.3.1 Comparación de los servicios con la ausencia de servicios	136

9.3.2	Estudios sin un grupo de comparación	139
9.3.3	Meta-análisis de métodos particulares	139
9.3.4	Estudios nacionales mediante observaciones sobre diversas opciones de tratamiento ..	140
9.4	Organizaciones de autoayuda dirigidas por compañeros	140
9.4.1	Asociación de Autoayuda Pui Hong	140
9.4.2	Oxford House	141
9.4.3	Narcóticos Anónimos	141
9.5	La calidad de los servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas	141
9.6	Conclusiones	142
10.	El control de la oferta	143
10.1	Introducción	143
10.2	El control de la oferta en contraste con la aplicación de la ley	143
10.3	Marco conceptual	145
10.3.1	La elasticidad de la demanda	146
10.3.2	Conmociones imprevistas en la oferta en contraste con el control permanente de la oferta	148
10.4	Programas de control de drogas	150
10.4.1	El control en el país de origen	151
10.4.2	La interceptación	155
10.4.3	Medidas de control interno de alto nivel	161
10.4.4	Control del menudeo	162
10.5	Las condenas	164
10.6	Conclusiones e implicaciones para la política	166
11.	La criminalización y la descriminalización del uso o la posesión de drogas	168
11.1	Introducción	168
11.2	Marco analítico	170
11.2.1	La disuasión	170
11.2.2	La incapacitación	170
11.2.3	La rehabilitación	171
11.3	Las numerosas formas de reducir o eliminar las penalidades	171
11.4	Efectos de las modificaciones del tipo o el grado de penalización del uso o la posesión de drogas	174
11.4.1	Pasar de las sanciones penales tradicionales a otra forma de sanción	174
11.4.2	Cambiar el nivel de las sanciones penales	178
11.4.3	Abolir o introducir leyes que penalizan el uso de drogas	178
11.4.4	Medidas que implican el trato no oficial por la policía sin llegar al arresto	179
11.4.5	Remisión a un programa obligatorio educativo o de tratamiento	180
11.4.6	Cambiar de la prohibición a la legalización total de facto con un mercado controlado	181
11.5	Conclusiones	182
12.	Reglamentos para la prescripción y otras medidas encaminadas a controlar el uso indebido de psicofármacos	184
12.1	Introducción	184
12.2	El sistema de prescripción	186
12.3	Breve historia de los reglamentos para la prescripción	187

12.4	Procedimientos de control como alternativas de un sistema de prescripción médica	187
12.5	Estrategias de control de drogas mediante políticas de prescripción	189
12.5.1	Cambios en los costos o reembolsos	190
12.5.2	Restricciones a las ventas sin receta	191
12.5.3	Disponibilidad de medicamentos de venta sin prescripción, en comparación con los que requieren prescripción médica	192
12.5.4	Asesoramiento autorizado para los médicos	192
12.5.5	Aplicación de pautas para la prescripción	193
12.5.6	Restricciones a la prescripción, registros y vigilancia de las prescripciones	193
12.5.7	Lista que limita quienes prescriben o usan los medicamentos en los hospitales/clínicas	197
12.5.8	El retiro total de la disponibilidad para la prescripción	202
12.6	Otras intervenciones para controlar la oferta y la demanda de psicofármacos	203
12.6.1	Trazado del perfil de los pacientes para prevenir que visiten a varios médicos con el fin de obtener múltiples recetas y cometan otros abusos	203
12.6.2	Leyes que se aplican a los pacientes/consumidores y los médicos	204
12.6.3	Procedimientos de control del sistema que permiten vigilar y regular el suministro de psicofármacos	204
12.7	Conclusiones	205

SECCIÓN IV. POLÍTICA DE DROGAS Y CUESTIONES SISTÉMICAS A NIVEL NACIONAL

E INTERNACIONAL		209
13.	La política y el control de drogas a nivel internacional	210
13.1	Introducción: la gran expansión del uso de sustancias psicoactivas	210
13.2	El comienzo de la fiscalización internacional: limitar la explotación colonial e imperial basada en las drogas	210
13.3	Los actuales tratados internacionales de fiscalización de las drogas	211
13.4	Características de los tratados internacionales para la fiscalización de drogas	213
13.4.1	Disposiciones obligatorias en relación con las leyes y los procedimientos nacionales de control	213
13.4.2	Requisitos de cooperación con la fiscalización internacional	217
13.4.3	El carácter mixto de los convenios para la fiscalización de las drogas	220
13.5	La implementación de los tratados: los organismos de las Naciones Unidas relacionados con las drogas	221
13.6	El papel dominante de los Estados Unidos de América	223
13.7	El advenimiento de la sociedad civil	226
13.8	El sistema de fiscalización de las drogas como artefacto de una determinada época histórica	226
13.9	Los efectos del sistema	227
13.9.1	El control de los mercados y la oferta ilegales	227
13.9.2	Garantizar y controlar la provisión de medicamentos psicoactivos	228
13.10	Conclusiones	229
14.	La variedad de políticas nacionales de drogas	230
14.1	Introducción	230
14.2	México	231

14.2.1	El país	231
14.2.2	Los problemas de drogas	231
14.2.3	La política y la ley	232
14.2.4	Los programas	233
14.2.5	El presupuesto	233
14.3	Suecia	234
14.3.1	El país	234
14.3.2	Los problemas relacionados con las drogas	234
14.3.3	La política y la ley	235
14.3.4	Los programas	235
14.3.5	El presupuesto	236
14.4	Análisis comparativo	237
14.4.1	Los problemas generados por las drogas	237
14.4.2	El uso	238
14.4.3	Las consecuencias para la salud	239
14.4.4	La delincuencia	239
14.4.5	El tráfico y la violencia	239
14.4.6	Las políticas	240
14.4.7	Las leyes	240
14.4.8	El tratamiento	241
14.4.9	La notoriedad política y la maquinaria para la formulación de la política	242
14.4.10	La orientación de las políticas de drogas	243
14.5	Conclusiones	243
15.	Servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas: los sistemas	244
15.1	¿Por qué algunas sociedades invierten en servicios para los usuarios problemáticos de drogas?	244
15.2	¿Qué es el sistema de servicios?	246
15.3	La investigación de sistemas sobre servicios sociales y de salud para los usuarios problemáticos de sustancias	248
15.4	De la eficiencia clínica a los efectos en la población	253
15.5	¿Cuál es la inversión financiera óptima en sistemas de servicios?	254
15.6	¿Cómo puede el director de un sistema de servicios promover la calidad?	257
15.7	Conclusiones	260
SECCIÓN V. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES		261
16.	Resumen y conclusiones	262
16.1	Las pruebas	262
16.2	¿Tiene importancia la política de drogas?	263
16.3	Conclusiones científicamente fundamentadas acerca de las políticas de drogas	263
16.3.1	No existe un problema único de drogas en una misma sociedad o en distintas sociedades; tampoco hay una “poción mágica” que resolverá el problema de las drogas	264
16.3.2	Muchas medidas que influyen en los problemas de drogas no son consideradas una política de drogas y muchas políticas específicas de drogas tienen grandes efectos fuera del ámbito de las drogas	264

16.3.3	Las actividades promovidas por los países prósperos para reducir el cultivo de plantas productoras de drogas en países pobres no han disminuido la provisión global de drogas ni el uso en los mercados, y probablemente nunca lo harán	265
16.3.4	Una vez que se han ilegalizado las drogas, hay un punto más allá del cual una aplicación más estricta de la ley y el encarcelamiento producen muy poco beneficio adicional	266
16.3.5	Las inversiones sustanciales en servicios de comprobada eficacia para los individuos dependientes de opiáceos por lo general reducen los problemas relacionados con las drogas	266
16.3.6	Los programas de prevención en las escuelas, las familias y las comunidades tienen efectos colectivamente modestos, cuyo valor será estimado de manera diferente por los distintos interesados	267
16.3.7	El debate sobre la política concerniente a las drogas es dominado en muchos países por cuatro dicotomías falsas que pueden confundir a los encargados de las políticas en cuanto a la gama de opciones legítimas y los efectos previstos	268
16.3.8	Los efectos perversos de la política concerniente a las drogas son frecuentes	269
16.3.9	El sistema farmacéutico legal puede influir en la configuración del problema de drogas de un país y en la gama de opciones disponibles para la política de drogas	269
16.3.10	Virtualmente no existen investigaciones científicas que orienten el mejoramiento de las actividades de control de la oferta y aplicación de la ley	270
16.4	Conclusiones	270
Anexo	271
Referencias	283
Glosario	337
Índice	345

Prólogo

La producción, el tráfico y el uso de drogas ilegales se han convertido en un tema central para las noticias, la política en todos los niveles y las familias y comunidades afectadas, pero es relativamente poca la atención prestada a este problema por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el último decenio.

Una de las razones de esta ausencia de actividad, fue la carencia de información científica y de otro tipo, que contribuyera a orientar una respuesta regional y la cooperación técnica con los países. La información disponible era limitada y estaba dispersa; el primer intento de examinarla y compilarla a nivel regional se efectuó el año pasado con la publicación del informe técnico *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública* (2009), que ofrece un panorama de la situación y algunas recomendaciones para un enfoque de salud pública, desde una perspectiva epidemiológica.

Otro elemento esencial de la información necesaria para la elaboración de una política es conocer lo que ha tenido éxito y lo que ha fracasado en las políticas de drogas en todo el mundo, lo cual permitiría formular políticas apropiadas en los países de nuestra Región. No fue una tarea fácil y tomó algunos años para que el grupo de expertos, autores de este libro, definieran los criterios para seleccionar estudios, examinar cientos de trabajos científicos, informes y datos disponibles, y redactaran un documento que puede aportar nuevos elementos al debate sobre una política concerniente a las drogas, sin necesidad de dar una respuesta definitiva. No hay una solución única para el “problema de las drogas” ya que es difícil describir en qué consiste el problema, dados los distintos tipos de sustancias psicoactivas, sus repercusiones sociales y en la salud y los países y contextos en los que se consumen. Criterios no científicos han impulsado una parte considerable del debate durante muchos años y la OPS percibió la necesidad de apoyar la difusión de un examen autorizado de la literatura sobre el tema, que pudiera ayudar a los encargados de formular las políticas a considerar, analizar y establecer un enfoque del problema de las drogas ilegales orientado a la salud pública.

Este libro no refleja las opiniones de la OPS, ni una política específica de la Organización, y el personal de la OPS no ha influido en forma alguna en la labor de los autores. El apoyo otorgado a la publicación de este libro y su traducción al español tiene principalmente el propósito de contribuir a divulgar el trabajo de un grupo de expertos internacionalmente reconocidos, quienes adoptaron una perspectiva de salud pública en su análisis y trataron de examinar los problemas desde diversos ángulos y perspectivas, aplicando cánones rigurosos para evaluar los datos disponibles. Un libro sobre la política concerniente a las drogas será inherentemente tema de controversias, ya que existen distintas opiniones y criterios, independientemente de la perspectiva que se adopte. El trabajo tampoco se ha acabado ya que la información disponible, por su misma naturaleza, es fragmentaria. No obstante, una

de las funciones básicas de la OPS es configurar la agenda de investigación y estimular la generación, difusión y aplicación de conocimientos valiosos. En consecuencia, es nuestro deber divulgar la información aunque pueda ser considerada o juzgada polémica; de otro modo, no es posible avanzar. Ciertamente, esperamos que este libro ayude a quienes formulan las políticas de salud pública a elaborar y aplicar una política de drogas en beneficio del bien público.

Mirta Roses Periago
Directora

Prefacio

En noviembre del año 2004, se inició el Proyecto sobre Drogas y Política Pública como una actividad en colaboración de un grupo internacional de científicos especializados en adicciones, encaminada a mejorar los vínculos entre la investigación multidisciplinaria y la política concerniente a las drogas. El trabajo y los viajes de los autores fueron financiados por múltiples fuentes, enumeradas más adelante, y las actividades centrales se realizaron con el apoyo de la Asociación del Reino Unido para el Estudio de las Adicciones, siguiendo la tradición del anterior apoyo prestado por ese organismo a *La política sobre el alcohol y el bien público* y a *El alcohol: un producto de consumo no ordinario*, dos libros que contribuyeron a definir a nivel internacional el alcance de una política sobre el alcohol basada en datos científicos. Los autores agradecen a la Asociación del Reino Unido para el Estudio de las Adicciones su notable generosidad y su capacidad para apoyar a una voz independiente en la búsqueda de una política eficiente sobre las drogas.

La política de drogas y el bien público ofrece un panorama de los datos sobre las dimensiones mundiales del uso indebido de drogas, así como un examen crítico de los datos científicos concernientes a la política de drogas a nivel local, nacional e internacional. Un objetivo fundamental de este libro es evaluar en forma crítica las investigaciones disponibles acerca de la política de drogas y presentarlas en una forma tal que influyan tanto en los encargados de formular las políticas como en la comunidad científica. La obra tiene la finalidad de abordar la necesidad de mejores datos para sustentar la política de drogas, no solo en los países industrializados donde ya se invierten considerables recursos en la investigación de drogas sino también en el mundo en desarrollo, donde los recursos son escasos. El ámbito abarcado en este libro es entonces integral e internacional.

Los doce autores mencionados colaboraron todos en la preparación y redacción de este libro durante un período de cinco años. La mayoría de los autores han aportado por lo menos uno de los capítulos y todos han colaborado en la revisión de ellos. Thomas Babor actuó como jefe del proyecto. La enumeración de los autores por orden alfabético implica que todos ellos hicieron contribuciones relativamente equivalentes al producto final. El proceso de redacción en colaboración consistió en reuniones periódicas para analizar los borradores de los capítulos y discutir los temas que surgían. Como sugieren las conexiones institucionales que se señalan más adelante, los autores representan a una amplia gama de entornos académicos y experiencias profesionales, todos pertinentes para el conocimiento de la política de drogas. Las disciplinas incluyen la sociología, las ciencias políticas, la psiquiatría, la psicología, la política pública y la epidemiología. Las instituciones representadas incluyen importantes universidades y centros universitarios de investigación de ocho países (Australia, Canadá, los Estados Unidos de América, Nigeria, Noruega, Qatar, el Reino Unido y Suecia). Las experiencias profesionales abarcan la enseñanza y la investigación en el campo de las adicciones, así como la asesoría (o el anterior empleo) en importantes instituciones normativas, como la **Organización**

Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Oficina Nacional de la Política sobre el Control de Drogas de los Estados Unidos de América. La mayoría de los autores han asesorado a organismos gubernamentales involucrados en la formulación de políticas nacionales de drogas, como los de los gobiernos de los países antes mencionados y de Alemania y Dinamarca. Aun así, ninguna parte de este libro debe ser interpretada como una posición de la política oficial de un organismo, una organización o un funcionario. Más bien, la obra es el producto colectivo de la labor de sus autores, que expresan sus ideas en forma individual.

Por su misma naturaleza, un equipo interdisciplinario de autores provenientes de distintos países aporta a la labor una amplia gama de materiales científicos, criterios sobre las políticas y experiencia práctica, sobre los cuales se puede basar un análisis crítico de la política concerniente a las drogas. Esto ha convertido la elaboración de este libro en un proceso apasionante, estimulante y fructífero. Esperamos que nuestros lectores aprendan de nuestro viaje a través de las complejidades de la política de drogas tanto como los autores hemos aprendido al preparar este libro.

Los autores

Reconocimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agradece a Nora Allende por la traducción del texto al español y a Michaela Bitarello do Amaral Sabadini, a Lupe Gómez de la Torre (OPS), Janet Khoddami (OPS) y Ofelia Nieto (OPS) por la revisión del texto. La Dra. Maristela Monteiro, Asesora Principal de la OPS para Alcohol y Abuso de Sustancias, coordinó el proyecto de traducción, revisión y publicación en español de la publicación original en inglés. Además, también deseamos extender nuestro agradecimiento al apoyo brindado por la Dra. Socorro Gross-Galiano, Subdirectora de la OPS y al Dr. Luiz A. C. Galvão, Gerente de Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE/OPS).

Los autores desean expresar su gratitud a varios colegas que proporcionaron una inapreciable ayuda en diversos momentos de la elaboración y producción de este libro. En primer lugar, agradecemos a Jean O'Reilly su ayuda en la edición y la coordinación del proceso de redacción, además de su persistencia, su paciencia y su constante apoyo. También agradecemos el asesoramiento proporcionado por el Dr. Jerome Jaffe y la Profesora María Elena Medina Mora, quienes colaboraron en la planificación inicial del proyecto, y la asistencia del Dr. Vivek Benegal y el Profesor Wei Hao en una etapa posterior del proyecto. Por último, expresamos nuestra gratitud a tres especialistas, los Profesores Wayne Hall, Alison Ritter y Ambros Uchtenhagen, quienes efectuaron una evaluación crítica del manuscrito antes de enviarlo a la imprenta y cuyas oportunas observaciones evitaron que se cometieran diversas omisiones y errores. Todas las deficiencias restantes son, por supuesto, responsabilidad de los autores.

Todos los autores agradecemos a las instituciones a las que pertenecemos el tiempo y los recursos (incluidos los viáticos) proporcionados para apoyar el trabajo en este proyecto. En particular, Robin Room agradece el apoyo proporcionado por el Centro para Investigaciones Sociales sobre el Alcohol y las Drogas de la Universidad de Estocolmo, Suecia; Jonathan Caulkins contó con el respaldo de la Fundación Qatar y recibió el Premio al Investigador en Salud de la Fundación Robert Wood Johnson; Benedikt Fischer fue apoyado mediante una cátedra en Salud Pública Aplicada patrocinada por los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, la Agencia de Salud Pública de Canadá y el Premio al Investigador Principal otorgado por la Fundación Michael Smith para la Investigación en Salud; Keith Humphreys contó con el respaldo de la Fundación Robert Wood Johnson y del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos de América; y Thomas Babor recibió un Premio a la Colaboración del Científico Internacional Distinguido otorgado por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América, para pasar un año sabático en el Centro para Investigaciones Sociales sobre el Alcohol y las Drogas de la Universidad de Estocolmo con el fin de trabajar en este libro.

Colaboradores

Profesor Thomas F. Babor

Departamento de Medicina y Atención de Salud de la Comunidad
Escuela de Medicina de la Universidad de Connecticut
263 Farmington Avenue
Farmington
CT 06030-6325
Estados Unidos de América

Profesor Jonathan P. Caulkins

5000 Forbes Ave
Pittsburgh, PA 15237
Estados Unidos de América

Profesor Griffith Edwards

Centro Nacional para las Adicciones
PO Box 48, 4 Winsor Walk
Londres
SE5 8AF
Reino Unido

Dr. Benedikt Fischer

Director, Drogas Ilegales
Unidad de Salud Pública y Política
CARBC, Universidad de Victoria
PO Box 1700 STN CSC
Victoria, BC
V8W 2Y2
Canadá

Profesor David R. Foxcroft

22 Tetbury Drive
Witney
OX28 5GF
Reino Unido

Profesor Keith Humphreys

276 Charles Marx Way
Palo Alto, CA 94304
Estados Unidos de América

Profesor Isidore S. Obot

10 S Dandview Court
Baltimore, MD 21209
Estados Unidos de América

Profesor Jürgen Rehm

Centro para Adicciones y Salud Mental
33 Russell Street, Room 2035
Toronto
Ontario, Canadá
M5S 2S1

Profesor Peter Reuter

4301 Massachusetts Ave., NW
Apt. A203
Washington, DC 20016
Estados Unidos de América

Dr. Robin Room

Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas
54-62 Gertrude St., Fitzroy
Vic. 3065
Australia

Dra. Ingeborg Rossow

Instituto Noruego de Investigaciones sobre el Alcohol y las Drogas
POB 565 Sentrum, N-0105
Oslo, Noruega

Profesor John Strang

Centro Nacional para Adicciones
PO Box 48, 4 Windsor Walk
Denmark Hill
Londres
SE5 8AF
Reino Unido

Sección I

Introducción

1. Marco de referencia para los problemas

1.1 Introducción

Según un antiguo proverbio, no se puede juzgar a un libro por su cubierta. Esperamos que el lector tome con seriedad esta aseveración porque la sencillez de nuestro título, *La política de drogas y el bien público*, oculta un conjunto de verdades complejas acerca de las tendencias mundiales en el uso de drogas ilegales. El consumo de drogas psicoactivas con propósitos no médicos es común en muchas partes del mundo a pesar de los esfuerzos de los encargados de formular las políticas, los funcionarios gubernamentales, los defensores de la salud pública y los ciudadanos preocupados por prevenir, eliminar o controlar ese uso indebido. Si la experiencia del último siglo puede servir como guía, en el futuro muchos países afrontarán epidemias periódicas de uso indebido de drogas, seguida de agresivas respuestas políticas para suprimirlas. En muchos otros países, el continuo uso de drogas “endémico” (es decir, habitual y difundido) generará un mosaico de respuestas políticas que nunca resuelven por completo el problema. Estas respuestas políticas o, más específicamente, los datos científicos concernientes a sus efectos constituyen el núcleo de este libro. En primer término, comenzamos por determinar si la política de drogas puede basarse en datos científicos y, si es así, cómo puede servir al bien público una política basada en esos datos. Una vez establecido nuestro objetivo, en el resto de este capítulo describiremos el terreno que se cubrirá.

1.2 ¿Por qué es importante una política de drogas?

El uso de sustancias psicoactivas se remonta a los albores de la historia registrada y puede representar un proceso neurobiológico básico que ha contribuido a la evolución del hombre (Hill y Newlin, 2002). El empleo de una política de drogas es un acontecimiento más reciente, que refleja cómo los gobiernos y las sociedades combaten las sustancias que pueden inducir placer y apoyan el trabajo de la medicina, pero que también causan un enorme daño. En el recuadro 1.1 se presentan ejemplos de los tipos de aspectos de las políticas de drogas que han atraído la atención de los periodistas, el público y los funcionarios del gobierno, y que constituirán el tema de este libro. Estas viñetas, seleccionadas en distintas partes del mundo, destacan las repercusiones en los individuos y en la sociedad que tienen las drogas ilegales y sus mercados, y atraen la atención hacia la necesidad de establecer medidas políticas efectivas que reduzcan la violencia, las enfermedades y el sufrimiento relacionados con las drogas. También revelan que las políticas diseñadas para aminorar los problemas vinculados con las drogas pueden tener consecuencias imprevistas, que son tan graves como los problemas que pretenden resolver esas políticas.

Recuadro 1.1 Ejemplos de temas relativos a la política de drogas que constituyen el tema de este libro

Las Piedras, Puerto Rico. En esta isla del Caribe situada a mitad de camino entre los Estados Unidos de América y los países de América del Sur productores de heroína y cocaína, alrededor de 20% de las drogas en tránsito se quedan en la isla como efecto secundario del comercio y “generan sangrientas batallas por el territorio, muerte y adicción”. Como se describe en un artículo periodístico, un niño de cinco años de edad resultó muerto en el año 2005 como consecuencia de un tiroteo entre pandillas rivales. También fue herido el sujeto que era el blanco del ataque, un traficante de drogas del mismo conjunto habitacional, quien se había refugiado en un departamento lleno de niños para escapar de sus rivales (Brown, 2005).

Vientiane, Laos. La amapola de opio ha florecido por mucho tiempo en las montañas del norte de Laos, pero, desde el año 2000, se ha estimado una reducción de alrededor del 73% en la producción de opio después de la puesta en práctica de un programa nuevo apoyado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. El programa implicó el desplazamiento de aproximadamente 65.000 integrantes de las tribus de las montañas, lo que provocó un aumento de las tasas de mortalidad por malaria y disentería y una mayor exposición de los jóvenes a las “ya ba” (anfetaminas) y la heroína, que cruzan la frontera desde laboratorios en la vecina Birmania (Fawthrop, 2005).

Países Bajos. En este pequeño país europeo, la venta y consumo de cannabis para fumar no han sido penalizados desde fines de los años noventa, a tal punto que cientos de “cafeterías” de cannabis tienen permiso para vender abiertamente productos de cannabis para uso personal y consumo en las instalaciones (MacCoun y Reuter, 2001). Si bien no se ha producido un aumento evidente en la prevalencia del uso de cannabis por los jóvenes, ha habido informes de contrabando hacia países vecinos y de la participación del crimen organizado en el cultivo y la oferta de cannabis. También ha surgido el turismo de las drogas y se han incrementado los delitos menores en ciudades holandesas. Esto ha despertado un sentimiento de hostilidad hacia el programa de “cafeterías”.

A pesar del panorama pesimista ilustrado en esas reseñas, hay algunos destellos de esperanza. Los ejemplos presentados en el recuadro 1.2 muestran que, cuando las políticas están orientadas a problemas y poblaciones específicas y cuando se basan en datos científicos sólidos, pueden modificar el curso del uso de drogas e, incluso, el de una epidemia de drogas. Sobre la base de investigaciones acumuladas pertinentes para la política de drogas y de la creciente capacidad de emplear métodos epidemiológicos modernos para vigilar las tendencias del uso de drogas, en este libro se examina la medida en que una política de drogas puede apoyarse en la investigación científica a nivel local, nacional e internacional.

Recuadro 1.2 Ejemplos de políticas de drogas que han tenido éxito, orientadas a problemas y grupos de población específicos

Durante los años cincuenta, se produjo en Suecia una epidemia de uso indebido de estimulantes relacionada con la gran disponibilidad de un fármaco dietético de venta con receta llamado Preludín. La imposición de controles gubernamentales estrictos a las prácticas de prescripción, combinada con las restricciones a las importaciones ilegales y la modificación de las actitudes hacia el uso de drogas, llevaron finalmente a una disminución de la crisis (Edwards, 2004).

Ante la difusión del uso de la heroína en los años noventa, el gobierno francés estableció en gran escala una red de programas de tratamiento que proporcionan sustitutos sintéticos de la heroína (por ejemplo, buprenorfina). En todo el país, disminuyeron en 75% los arrestos relacionados con la heroína, al igual que las muertes vinculadas con la droga, cuando más de 100.000 personas se inscribieron en los programas de tratamiento (Emmanuelli y Desenclos, 2005). Hubo un número relativamente pequeño de defunciones por sobredosis causadas por el uso no médico de metadona y buprenorfina (17 casos en el año 1998; véase Auriacombe et al., 2001).

En los años noventa, varias regiones de los Estados Unidos de América presenciaron notables aumentos en el uso de la metanfetamina, un estimulante sintético producido en pequeños laboratorios usando materiales disponibles en las farmacias y otros proveedores legales. Las políticas fiscalizadoras del gobierno orientadas al control de los materiales usados en la fabricación de metanfetaminas (precursores de la droga) contribuyeron a lograr una brusca reducción de las hospitalizaciones y otros indicadores del daño (Cunningham y Liu, 2003).

1.3 ¿Qué significa el término política de drogas?

Como se expondrá en los capítulos siguientes, la política de drogas como campo de la actividad gubernamental tiene más de cien años de existencia. En la actualidad, gobiernos de todo el mundo han establecido una serie de leyes y programas con el propósito de influir en la decisión de los individuos acerca de usar o no sustancias psicoactivas y modificar las consecuencias del uso tanto para el individuo como para la comunidad. Ese conjunto de leyes y programas constituye la política de drogas de una determinada nación (Kleiman, 1992; Longshore et al., 1998). Las leyes por lo general prohíben o reglamentan la posesión, el uso, la distribución y la producción de estas sustancias y establecen sanciones por la violación de las prohibiciones. Los programas incluyen actividades para persuadir a los niños a no probar las sustancias, ayudar a los consumidores excesivos a abandonar las drogas o usarlas en formas menos peligrosas y disuadir a los fabricantes de producir y distribuir drogas. También intentan vigilar la prescripción médica de ciertas drogas, con penalidades para toda contravención del reglamento.

Los programas para el control de drogas se llevan a cabo en muchos sectores gubernamentales distintos, como las escuelas, las comunidades, la atención de salud, la fuerza pública y la vigilancia de las fronteras (Reuter, 2006). El ministerio de educación de un país puede proporcionar fondos para que los maestros de escuelas primarias den clases sobre la prevención del uso de drogas, mientras que el ministerio de salud podría financiar centros de salud que ofrezcan tratamiento de mantenimiento con metadona para los pacientes con dependencia de la heroína. Estos programas con frecuencia son integrados en servicios con objetivos más amplios. Por ejemplo, los programas para mejorar el acceso a los servicios de salud mental a menudo asisten a personas con problemas de drogadicción, que podrían constituir una pequeña fracción de las personas que usan los servicios. Asimismo, el mayor número de patrullas policiales con el fin de mejorar la seguridad de un vecindario podría hacer que los mercados callejeros de drogas se trasladen a otras zonas de la ciudad o a entornos menos visibles, lo cual a su vez podría modificar la necesidad de programas y servicios.

En consecuencia, la política actual de drogas abarca una amplia gama de medidas administrativas, que pueden agruparse en tres categorías, cada una de las cuales será examinada en este libro; 1) los programas para prevenir la iniciación del uso de drogas por personas no consumidoras; 2) los programas de servicios sociales y de salud encaminados a ayudar a los consumidores excesivos a modificar su comportamiento o reducir las consecuencias de su uso indebido de drogas; y, 3) las leyes, reglamentos e iniciativas para controlar la oferta de drogas ilegales (así como la oferta de drogas de venta con receta que se desvían para el uso con propósitos no médicos). Esta última categoría normalmente difiere de las otras dos por tener un componente internacional además del nacional.

Hemos restringido nuestro examen de la política de drogas al área general de la actividad gubernamental y no se han incluido las actividades de ciudadanos u organizaciones individuales, si bien también estos pueden afectar el uso de drogas y sus consecuencias. Lo que los empleadores gastan en programas de asistencia a los empleados que ofrecen orientación a los trabajadores con problemas de adicciones o lo que los grupos de ciudadanos hacen para instar a los niños de sus comunidades a mantenerse alejados de las drogas puede tener efectos importantes, y las medidas adoptadas por el gobierno tal vez estimulen u obstaculicen esas iniciativas. No obstante, para los propósitos de nuestro análisis, es útil restringir el término *política de drogas* al sector público y considerar a las organizaciones no gubernamentales como fuerzas independientes o variables participantes entre la política gubernamental y los resultados buscados. Nuestra definición de la política de drogas se ve restringida por el hecho de que en la mayoría de los países el uso no médico de muchas sustancias psicoactivas es ilegal, con lo cual se quita al gobierno la posibilidad de usar instrumentos de la política, tales como la reglamentación y la aplicación de impuestos a los proveedores, que se utilizan para sustancias legales como el alcohol y el tabaco. Por último, la política de drogas puede incluir el patrocinio gubernamental de investigaciones científicas, evaluaciones de programas e iniciativas de vigilancia. Estas actividades han aumentado considerablemente en los últimos 25 años como parte de la respuesta política a los problemas vinculados con las drogas en muchos países industrializados y serán tenidas en cuenta en este libro como parte de una solución a largo plazo.

1.4 La necesidad de un enfoque mundial basado en datos científicos

Hay cuatro razones para que, un encargado ocupado de formular las políticas, el lector en general o el menos activamente involucrado estudiante de la política de drogas, dediquen su valioso tiempo a una lectura atenta de este volumen.

El campo internacional abarcado en esta obra. La política de drogas es una entidad compleja inherentemente configurada por tendencias tanto nacionales como internacionales. La creciente globalización del comercio, la tecnología, los viajes, e incluso, las actividades delictivas crea la necesidad de abordar la política de drogas en ambos niveles. Si bien muchos libros de gran calidad que tratan la política de drogas se concentran en un solo país, este libro intenta situar las perspectivas local y nacional en un contexto internacional.

La naturaleza del equipo de autores. El equipo internacional de autores ha aportado a la tarea una variedad de orientaciones disciplinarias y medios culturales y ha aumentado la gama de materiales científicos sobre los cuales se basa este libro. El equipo también es excepcional porque incluye a especialistas que en sus carreras profesionales han estudiado la política de drogas, así como a otros que han trabajado en la formulación o aplicación de una política gubernamental de drogas. Por último, a diferencia de la mayoría de los libros que abordan la política de drogas, los autores exponen aquí un amplio espectro de opiniones acerca de la política, que esperamos que hagan que esta obra sea imparcial y de interés para un público amplio.

La concentración en los datos. Las políticas públicas a menudo no tienen en cuenta los datos científicos disponibles acerca de la naturaleza del problema abordado y las probables repercusiones de diversas intervenciones. Si bien no minimizamos el derecho de los ciudadanos individuales y los encargados de formular las políticas de basar la política de drogas en sus valores morales y culturales, este libro ofrece datos científicos como un elemento más que hay que considerar al formular la política de drogas. Hemos examinado la bibliografía de numerosos campos, como la historia, la epidemiología, la psiquiatría, la psicología, la economía, la criminología, los estudios políticos y la sociología con el fin de extraer conclusiones útiles para los encargados de las políticas que intentan usar distintos instrumentos políticos con el fin de producir determinados efectos.

Una perspectiva “del bien público”. Hablar de una política es hacer implícitamente la pregunta: “¿Política para quién y para qué?” Sin pretender parecer pretenciosos, concentramos nuestra discusión en este libro en el “bien público”, un concepto que abarca la salud pública, pero no se limita a ella. A diferencia de la medicina clínica, que se concentra en la cura de enfermedades en casos individuales, un paciente por vez, la salud pública es un campo especializado del conocimiento dedicado al tratamiento y la prevención de trastornos de salud en grupos de personas, oficialmente llamadas “poblaciones”. El valor de una perspectiva de población reside en su capacidad de sugerir intervenciones apropiadas que muy probablemente beneficiarán a un gran número de personas de una comunidad o un país. El concepto de población da por sentado que grupos de personas presentan ciertos rasgos similares en virtud de las características que comparten (por ejemplo, la edad, el sexo), un entorno común (por ejemplo, el vecindario, la ciudad, la nación) o las mismas actividades

(por ejemplo, la inyección de drogas, el trabajo sexual), y esos rasgos similares aumentan el riesgo de enfermedad y discapacidad al que están expuestas (Fos y Fine, 2000).

¿Por qué estos conceptos de la salud pública son importantes para el análisis de una política de drogas? En el siglo XX, las medidas de salud pública han tenido un notable efecto sobre la salud de las poblaciones en todo el mundo. La esperanza de vida se ha incrementado en forma espectacular durante ese período, en gran medida debido a la aplicación de medidas de salud pública encaminadas a mejorar el saneamiento, reducir la contaminación ambiental y prevenir las enfermedades infecciosas y transmisibles (WHO, 1998). Sin embargo, aun cuando han disminuido las epidemias de enfermedades infecciosas y transmisibles, ha crecido la importancia de los riesgos para la salud asociados con los modos de vida y las enfermedades crónicas como causas importantes de mortalidad, lesiones, enfermedades y discapacidades. Cuando los encargados de formular las políticas usan enfoques de población en lugar de enfoques médicos y de justicia penal orientados a los individuos, o aplican conjuntamente ambos tipos de enfoques, los efectos generales sobre la salud, la morbilidad e, incluso, los problemas sociales probablemente serán mucho más pronunciados. Como mostrará este libro, los conceptos de salud pública constituyen un vehículo importante para la gestión de la salud de las poblaciones en relación con el uso de sustancias psicoactivas, en parte porque esas intervenciones subrayan la necesidad de modificar el entorno y el comportamiento individual.

Una perspectiva del bien público abarca la salud pública, pero también va más allá. De hecho, un enfoque basado estrictamente en la salud pública tiene considerables limitaciones. Como han señalado especialistas en las políticas públicas (por ejemplo, Cook et al., 2002), las sociedades no ponderan los problemas sociales únicamente sobre la base de indicadores de salud pública. Por ejemplo, cuando alguien muere en un tiroteo entre un traficante de drogas y la fuerza policial, las personas evalúan las repercusiones y la respuesta apropiada a la muerte en forma diferente según que la persona muerta fuera el traficante, un oficial de policía o un simple espectador. No obstante, en un contexto estricto de salud pública, una muerte es una muerte. Otra limitación de un enfoque puro de salud pública es que el daño resultante del uso de drogas no siempre es evidente en las estadísticas sanitarias. Cuando un niño regresa desde la escuela a casa con sus amigos y encuentra a su madre inconsciente a causa del uso de una droga, la angustia, la tristeza y la humillación del niño tal vez nunca se manifiesten en una enfermedad diagnosticable. Aun así, la mayoría de las personas admitirán que el sufrimiento del niño tiene cierto significado e importancia. Asimismo, en un asalto propiciado por las drogas en el cual nadie resulta herido, la ira y el sentimiento de injusticia experimentado por las víctimas justificarían una respuesta política a pesar de la ausencia de lesiones. Finalmente, pueden existir sociedades en las cuales la creencia en las libertades individuales con respecto a la intervención gubernamental es tan profundamente valorada que parece razonable pagar por ella el precio de un considerable daño para la salud.

En consecuencia, las opiniones expresadas en este libro están sustentadas por la preocupación por la salud pública sin limitarse a ella o, pero aun, afirmar implícitamente que el daño a la salud es todo lo que *debe* importar a la sociedad. La idea de que las sociedades tienen derecho a preocuparse por asuntos distintos de la salud es incómoda para algunos puristas de la salud pública. Para los autores

de este libro, las inquietudes relacionadas con la justicia, la libertad, la moralidad y otras cuestiones ajenas al campo de la salud ocupan un lugar importante en la elaboración de una política de drogas y no deben ser ignoradas por los expertos en salud pública.

1.5 Una política de drogas basada en datos científicos: ¿qué es? ¿es posible?

Si bien la mayoría de las investigaciones científicas tienen implicaciones políticas, no fue hasta los años setenta que los investigadores científicos comenzaron a evaluar sistemáticamente políticas de prevención, tratamiento y aplicación de la ley en el área de las sustancias psicoactivas ilegales. Los capítulos 2, 3 y 4 mostrarán que los investigadores han aplicado cada vez más intensamente la ciencia de la epidemiología al estudio de la prevalencia del uso de drogas, la distribución de los problemas de adicciones en los grupos de población y las influencias causales subyacentes que explican el uso de sustancias. Los métodos actuales de la investigación epidemiológica, en particular las encuestas sociales y la vigilancia de las estadísticas vitales (llamada *vigilancia de las enfermedades*) hacen posible estimar la prevalencia del uso de drogas con razonable exactitud y describir las tendencias del uso y de los problemas de adicción. Además de la expansión de los instrumentos de la investigación epidemiológica, ha crecido la infraestructura necesaria para apoyar a un cuadro internacional de investigadores de las políticas que se concentren en los problemas asociados con las drogas psicoactivas (Edwards, 2002; Babor et al., 2008). Ese crecimiento se refleja en el cada vez mayor número de publicaciones periódicas especializadas en adicciones, los profesionales de carrera, los centros especializados de investigación y las publicaciones científicas vinculadas con las políticas de drogas.

Todos estos acontecimientos hacen posible crear una base de datos científica que permita la evaluación y la aplicación de una política sobre las drogas. Como se señala en el capítulo 7, se cuenta con una variedad de métodos científicos para investigar los efectos de distintas estrategias de intervención. Saltz (2005) ha agrupado estos métodos en tres categorías amplias:

1. Experimentos naturales: estudio de las variaciones en las fuerzas del entorno, como la iniciación de un nuevo programa de aplicación de las leyes concernientes a las drogas, en relación con cambios en el uso de las drogas o en sus consecuencias en una población.
2. Estudios de la eficacia: evaluaciones de intervenciones que son directa o parcialmente controladas por el investigador, con grupos de comparación apropiados para tener en cuenta los cambios naturales en el transcurso del tiempo.
3. Investigaciones sobre la efectividad: estudios de la efectividad de una determinada intervención en entornos naturales.

Además de estos métodos generales de estudio, los investigadores también han explorado los efectos de las políticas de drogas usando métodos del análisis histórico, la economía, la sociología y la etnografía (Thoumi, 2003; MacCoun y Reuter, 2001). Dada la variedad de métodos disponibles para la evaluación y el análisis de las políticas, respondemos afirmativamente a la pregunta de si la ciencia puede sustentar la elaboración de una política de drogas.

No podemos dejar de insistir en que el término *basado en datos científicos* deja amplio espacio para que muchas otras fuerzas influyan en la política pública. Los procesos democráticos (por ejemplo, el voto), los valores religiosos, las normas culturales y las tradiciones sociales pueden y deben influir en

la forma en que las sociedades responden al uso perjudicial de drogas. La consideración de los datos científicos no excluye a ninguno de estos otros factores, ni se pretende que lo haga.

1.6 Nota sobre la terminología

La elección de las palabras es parte importante de la comunicación. Términos familiares y coloquiales, como *adicto* y *adicción*, carecen de precisión y pueden ser usados en diversas formas, a veces peyorativamente, con lo cual propician una comunicación deficiente. Por el contrario, términos como sustancias *psicoactivas* pueden parecer exageradamente técnicos o, peor aun, una oscura jerga académica. Los autores de este libro hemos tratado de establecer un equilibrio entre la frugalidad de los términos familiares y la precisión de la ciencia.

A continuación definiremos el significado que damos a los términos que el lector encontrará en este libro. Otros términos que aparecen en negrita en el libro están definidos en el glosario al final. El término *droga psicoactiva* (o *droga*, para abreviar) se refiere a una sustancia que puede influir en procesos cerebrales vinculados con la gratificación y el placer. En general, lo usamos para referirnos a las sustancias controladas o prohibidas por disposiciones jurídicas, a las que también se les llama *drogas ilegales*. Esta definición abarca a sustancias farmacéuticas que pueden tener valor terapéutico y que son desviadas a usos no médicos, como los analgésicos, así como a las sustancias más comunes prohibidas en la mayoría de los países, como la heroína, la cocaína y el cannabis. Empleamos el término *uso de drogas* porque es transparente y neutral, y está exento de juicios morales: cubre el consumo de drogas, que la sociedad puede aprobar o desaprobado. Asimismo, empleamos los términos *uso indebido de drogas* o *uso problemático de drogas* para describir el punto en el que las sustancias psicoactivas causan problemas al usuario o a la sociedad. Preferimos estos términos al más familiar *abuso de drogas*, que puede tener matices peyorativos, porque nuestro principal propósito es distinguir el uso relativamente exento de consecuencias para un determinado individuo (por ejemplo, cuando se toma un analgésico conforme a la prescripción) del uso que provoca problemas sociales, psicológicos o médicos. En otras palabras, el uso indebido de drogas equivale al uso perjudicial.

Otro término importante, *dependencia de las drogas*, se refiere a un síndrome psicobiológico caracterizado por el deterioro del control del uso de drogas, la capacidad adquirida de tolerar grandes cantidades de la droga, el uso continuo de la droga en presencia de consecuencias personales negativas y la experiencia de síntomas de abstinencia cuando se interrumpe el consumo de la droga. La *dependencia de la droga* ha sustituido ahora al término *drogadicción* en la terminología médica oficial. Usamos el término *problemas debidos al uso de drogas* cuando nos referimos a las consecuencias médicas, psicológicas, sociales y jurídicas a menudo asociadas con el uso de sustancias psicoactivas.

Por último, siempre que empleamos términos relacionados con las drogas en este libro, el lector debe dar por sentado que no nos referimos al alcohol o la nicotina. Si bien estas sustancias psicoactivas pueden causar tanto daño a los individuos y la sociedad como las drogas ilegales, su condición legal en la mayoría de las sociedades representa un importante contraste desde la perspectiva de las políticas. Por razones de conveniencia y de coherencia, no abordamos estas otras sustancias psicoactivas, salvo en algunas comparaciones importantes establecidas en el capítulo 2.

No obstante, en este libro dedicamos considerable atención a los medicamentos psicoactivos, que normalmente pueden conseguirse en las sociedades industrializadas únicamente con la receta de un médico. Como veremos, el sistema internacional de fiscalización de las drogas tiene dos objetivos: suprimir los mercados de drogas ilegales y garantizar la disponibilidad de fármacos psicoactivos para uso médico. Si bien el sistema de prescripción trata de mantener el mercado de medicamentos separado del mercado de drogas ilícitas, hay muchos puntos de traslapeo y son bastante imprecisos los límites que separan los dos mercados. Por consiguiente, es cada vez más necesario tener en cuenta los medicamentos psicoactivos al considerar una política concerniente a las drogas ilegales.

1.7 La estructura de este libro

Los capítulos de la primera sección (“Introducción”) brindan un panorama conceptual de las formas en que se puede entender el problema de las drogas ilegales desde una perspectiva de salud pública. Los capítulos de la segunda sección (“La epidemiología de las drogas y sus mercados”) describen las dimensiones del uso de drogas en todo el mundo, las tendencias importantes en las epidemias de ese uso y la carga mundial de morbilidad y discapacidad atribuible al uso indebido de drogas. Esta sección incluye también dos capítulos sobre los mercados de drogas, que producen las drogas y las distribuyen como una mercancía. Después de una breve exposición de las normas concernientes a los datos necesarios para evaluar la base científica de la política de drogas, en la tercera sección (“La evidencia para la política de drogas”) se describen las investigaciones que sustentan distintas estrategias e intervenciones que forman parte de la respuesta política al uso de drogas en muchos países. Esas estrategias e intervenciones incluyen programas de prevención en las escuelas, medidas para controlar la oferta de drogas, sanciones penales aplicadas a los usuarios y traficantes de drogas, servicios sociales, de salud y de rehabilitación para los consumidores excesivos y formas de prevenir la desviación de drogas de venta con receta a usos ilícitos. La cuarta sección (“Políticas de drogas y cuestiones del sistema en los planes nacional e internacional”) se enfoca en tres temas: la historia, la función y efectividad de los tratados internacionales de fiscalización de drogas; la naturaleza y consecuencias de las variaciones de las políticas de drogas entre los países; y cómo la salud, la rehabilitación y los sistemas de servicios sociales para los usuarios de drogas pueden ser organizados para impactar las tasas de población de los problemas de drogas”. La última sección (“Síntesis y conclusiones”) resume los principales temas del libro y formula conclusiones acerca de las repercusiones de diversas opciones de la política de drogas.

1.8 Conclusiones

Si, como señalamos al comienzo, no se puede juzgar un libro por su cubierta, ¿cómo se debe juzgarlo? Pensamos que toda revisión de la política de drogas debe evaluar qué es esa política, cómo funciona y si es efectiva. El análisis también debe examinar por qué necesitamos una política de drogas, que es donde comienza la parte científica de este libro, y qué puede decirnos la ciencia que sirva al bien público, que es donde concluye nuestro libro. Al incluir una perspectiva científica y conceptos de salud pública en nuestro análisis de la conexión entre la política de drogas y el bien público, instamos al lector a unirse a nuestra búsqueda de una política de drogas efectiva.

2. Cuestiones importantes

2.1 Introducción

Las **sustancias psicoactivas** han atraído la creciente atención del público en la mayor parte del mundo, especialmente cuando son definidas en forma amplia e incluyen el alcohol, el tabaco, las drogas ilegales y ciertos tipos de sustancias farmacéuticas legales que tienen un gran **potencial de dependencia**. Los efectos que causan estas sustancias en los individuos y en la sociedad dependen de diversos factores, como las propiedades farmacológicas de cada droga, la forma en que se consumen las drogas, sus significados culturales en la vida cotidiana, las razones para usarlas y los daños asociados con su uso indebido. En la discusión pública de las políticas de drogas, con mucha frecuencia, no se han tenido en cuenta estas complejidades. La idea simplista de que todas las drogas son muy similares e igualmente peligrosas no solo limita nuestro conocimiento de los problemas relacionados con las drogas sino que también reduce nuestra capacidad de crear respuestas políticas bien fundadas. Los avances en la psiquiatría, la psicología, la neurobiología, la antropología cultural, la epidemiología y varias otras disciplinas han aumentado considerablemente nuestro conocimiento de las drogas psicoactivas, sus efectos y su **uso indebido**. En este capítulo abordamos estas cuestiones fundamentales con el fin de establecer el escenario para los capítulos que siguen.

En este libro, nos concentraremos en muchas, si bien no todas, las sustancias psicoactivas comúnmente usadas, específicamente los opioides, el cannabis, la cocaína, los hipnóticos, los sedantes, los alucinógenos, los inhalantes psicoactivos, las anfetaminas y otros estimulantes. También dedicamos especial atención al uso indebido de sustancias psicoactivas que se comercializan legalmente conforme a regímenes de prescripción, como los analgésicos opioides (calmantes del dolor), los estimulantes y los barbitúricos. En el cuadro 2.1, se presentan definiciones de estas sustancias junto con sus efectos farmacológicos.

Cuadro 2.1 Compendio de sustancias psicoactivas y sus efectos farmacológicos

Tipo de droga	Sustancias relacionadas	Efectos farmacológicos
Opioides	Heroína, morfina, codeína, metadona	Término genérico aplicado a los alcaloides derivados de la amapola de opio o sustancias sintéticas similares, que tienen la capacidad de aliviar el dolor, producir euforia e inducir depresión respiratoria, somnolencia y deterioro del raciocinio.
Cannabis	Hachís, tetrahidrocannabinol (THC), bhang, ganja	Derivado de la planta <i>Cannabis sativa</i> . La intoxicación produce sentimientos de euforia, sensación de liviandad de los miembros, aumento del apetito, taquicardia y deterioro del raciocinio.

Cuadro 2.1 (continuación)

Tipo de droga	Sustancias relacionadas	Efectos farmacológicos
Cocaína	Crack, piedra	Euforia, confianza exagerada en sí mismo. Las reacciones tóxicas agudas incluyen hipertensión, arritmias cardíacas, alucinaciones auditivas y visuales, convulsiones.
Anfetaminas y otros estimulantes	Dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato, fenmetracina, dietilpropión	Grupo variado de sustancias sintéticas cuyos efectos incluyen euforia, anorexia, náuseas, vómitos, insomnio y comportamiento anormal, como agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y deterioro del raciocinio.
Hipnóticos y sedantes	Benzodiazepinas, barbitúricos, metacualona	Grupo de sustancias que inducen la relajación muscular, la tranquilidad y el sueño. Deterioran la concentración, la memoria y la coordinación. Otros efectos incluyen dificultad para articular las palabras, somnolencia, inestabilidad al caminar.
Alucinógenos	Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), dimetiltriptamina (DMT), psilocibina, metilenedioximetanfetamina (MDMA), fenciclidina	Grupo de sustancias naturales y sintéticas que producen sentimientos de euforia/disforia, fluctuaciones del estado de ánimo, alteración de las percepciones e ilusiones visuales. Los efectos adversos incluyen reacciones de pánico, visiones retrospectivas y trastornos del estado de ánimo.
Inhalantes psicoactivos	Solventes industriales, pegamentos, aerosoles, disolventes de pinturas, gasolina, líquidos de limpieza, nitrito de amilo	Los signos de intoxicación incluyen beligerancia, alucinaciones, letargo, deterioro psicomotor, euforia, deterioro del raciocinio, mareos, nistagmo, dificultad para articular las palabras, temblores, debilidad muscular, inestabilidad al caminar, estupor, coma.

2.2 Tres distinciones

Para apreciar la naturaleza compleja del uso de drogas y de los problemas de la política pública asociados con distintas sustancias psicoactivas, es preciso hacer tres distinciones. La primera es determinar si una determinada droga es natural o sintética. Hasta el siglo XIX, casi todas las sustancias psicoactivas eran usadas en su forma natural. Con el advenimiento de la química moderna, se pudieron identificar los componentes activos de estos productos naturales y este conocimiento condujo a la producción de potentes extractos, como la morfina y la cocaína. En adelante, fue posible crear formas sintéticas de muchas sustancias psicoactivas, como la heroína y la cocaína crack, y producir sustancias nuevas o más potentes, como la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), las benzodiazepinas y los opioides. Como sucede con las bebidas alcohólicas destiladas, la capacidad de producir formas muy concentradas de las sustancias naturales aumentó considerablemente la facilidad de su transporte y su potencial de dependencia.

Otra distinción importante acerca de las sustancias psicoactivas se vincula con la forma en que se consumen. Hay cuatro formas de consumir drogas: 1) la ingestión de las drogas en forma de sustancias naturales (por ejemplo, las hojas de coca) o productos sintéticos (por ejemplo, los analgésicos); 2) la insuflación a través de membranas mucosas, como cuando se aspira polvo de cocaína; 3) la inhalación, como sucede con el vapor de crack y el cannabis; y 4) la inyección, como se hace con la heroína. Las drogas que pueden ser inyectadas en la corriente sanguínea actúan con rapidez, lo cual aumenta considerablemente las posibilidades de uso indebido, dependencia y daño.

La tercera distinción es determinar si una sustancia psicoactiva tiene o no un uso aceptado como medicamento. Muchas de las sustancias enumeradas en el cuadro 2.1 (por ejemplo, los sedantes y los opioides) fueron elaboradas para propósitos medicinales y ahora en la mayoría de los países su uso está restringido bajo un sistema de prescripción. Algunas siguen estando disponibles como medicamentos aceptados, pero sujetas a procedimientos de control (por ejemplo, la morfina, las anfetaminas y los barbitúricos); otras, ya no son consideradas medicamentos a pesar del propósito original de su elaboración (por ejemplo, el LSD, la cocaína y la heroína en la mayoría de los países). Como se describe en los capítulos 3 y 6, sustancias que en un principio solo tenían aplicaciones medicinales han sido posteriormente usadas para propósitos distintos de los establecidos en la prescripción del médico, o se usan en cantidades superiores a las recomendadas en la etiqueta del medicamento. En estos casos, su uso puede generar el riesgo de problemas físicos, psicológicos e incluso jurídicos, que son de interés para quienes se ocupan de la política de drogas.

A pesar del valor medicinal de algunas sustancias psicoactivas y de los usos sociales y recreativos de otras, las políticas gubernamentales prohíben muchas de esas sustancias e imponen sanciones a los usuarios. A lo largo de la historia, pero en particular desde fines del siglo XIX, los gobiernos nacionales y las jurisdicciones locales han reglamentado o prohibido el uso, la fabricación y la venta de diversas sustancias psicoactivas; son ejemplos muy notables la heroína, la cocaína y el cannabis. A nivel internacional, los tratados establecidos en el marco de las Naciones Unidas y la **Organización Mundial de la Salud** coordinan la fiscalización de distintas sustancias psicoactivas. Estos convenios para la fiscalización de las drogas, analizados en más detalle en el capítulo 13, tienen la finalidad de prevenir la desviación de preparaciones farmacéuticas hacia mercados ilegales, combatir el tráfico de drogas y

adaptar los procedimientos de control a las propiedades farmacológicas y el potencial de dependencia de cada sustancia. Como se señala en otras partes de este capítulo, la clasificación de las sustancias dentro de los convenios internacionales refleja circunstancias históricas y factores culturales además de los datos científicos. Por estas razones, los tratados internacionales y las leyes nacionales tal vez no siempre concuerden con la opinión de los expertos y las pruebas científicas acerca del peligro o el daño asociados con una determinada sustancia. Por ejemplo, muchos expertos consideran que los productos del tabaco representan un riesgo mayor de daño que el causado por el cannabis, pero la primera de estas sustancias es legal en la mayoría de los países, mientras que la segunda no lo es.

Estas distinciones son necesarias pero no suficientes para comprender la naturaleza compleja del uso de drogas. En capítulos posteriores, consideraremos también la diversidad, la función y los riesgos específicos de distintas modalidades de consumo al igual que los efectos de las combinaciones de drogas (por ejemplo, en las sobredosis), de los riesgos coyunturales (por ejemplo, conducir el automóvil a casa después de una agotadora noche en el club, sentirse cansado después de consumir estimulantes) y de los comportamientos de riesgo (por ejemplo, mantener relaciones sexuales sin protección durante el período de excitación causado por el consumo de cocaína).

2.3 Significados simbólicos y modalidades de uso

El uso o no uso de sustancias psicoactivas y la forma, la cantidad y el tipo de uso han tenido marcados significados simbólicos en la historia de la humanidad. En muchas culturas tradicionales, las sustancias psicoactivas eran algo intrínseco de la práctica de la medicina y los rituales religiosos. Esto equivale a decir que, en el contexto cultural apropiado —particularmente en muchas sociedades tribales y aldeanas— las sustancias psicoactivas están involucradas en cuestiones de vida o muerte y en el significado profundo de la existencia. En esas circunstancias, el poder simbólico de las sustancias psicoactivas es muy grande.

En el extremo opuesto, cuando una droga se convierte en un elemento habitual de la vida cotidiana, su psicoactividad a menudo se aminora y puede, incluso, pasar inadvertida. Así sucede en las sociedades industriales recientes con el consumo de tabaco. Hace 40 años, un fumador habitual tal vez no hubiera considerado los cigarrillos como una sustancia psicoactiva. Esta modalidad de “uso trivializado”, en la cual un agente psicoactivo en potencia poderoso se convierte en un artículo corriente de la vida cotidiana, se produce cuando una droga se vuelve muy accesible en el mercado de consumo. El simbolismo de la sustancia como droga se ha atenuado, pero la droga a menudo retiene otras asociaciones simbólicas. Por ejemplo, la marihuana se convirtió en un símbolo de rebeldía en los años sesenta y una sustancia completamente aceptada como las hojas de coca en los países andinos de América del Sur parece ahora simbolizar la oposición a la influencia estadounidense (Thoumi, 2003).

Entre el uso trivializado por una parte y, por otra, el uso restringido a propósitos médicos o religiosos, existe una gama de modalidades seculares y no médicas. En cualquier ocasión, el uso puede ser exiguo, intenso o mezclado, y hay también una gran variación en la frecuencia del uso. El uso intermitente, por ejemplo, solo en festividades o en los fines de semana, minimiza el aumento de la tolerancia a la droga. Tanto el usuario como otras personas pueden considerar que la droga ha asumido el control del comportamiento del usuario y, por lo tanto, explica un comportamiento de otro modo imprevisto,

ya sea malo o bueno. De acuerdo con esta visión se espera que el autocontrol normal regrese cuando se hayan disipado los efectos de la droga. Dado el poder atribuido a la sustancia, las sociedades tradicionales pueden limitar el acceso a ella mediante convenciones sociales, mientras que las sociedades industrializadas lo hacen con restricciones jurídicas.

Las actitudes culturales hacia distintas sustancias psicoactivas han variado considerablemente de un momento o un lugar a otro (Courtwright, 2001) y su significado simbólico se ha modificado en la misma medida. ¿Qué hay en el uso de sustancias psicoactivas que las hace tan simbólicamente poderosas? Son varias las respuestas a esta pregunta.

En primer término, las sustancias psicoactivas son bienes materiales valorados. Su condición de bienes materiales las hace susceptibles de convertirse en mercancías y, de hecho, están sujetas a la globalización en el uso y el comercio (véase un análisis más amplio de esto en el capítulo 5). Dada su valoración positiva, la posesión y el uso de sustancias psicoactivas a menudo es símbolo de poder y dominio (Morgan, 1983) o, al menos, de acceso a recursos más allá de los necesarios para la subsistencia.

En segundo lugar, el uso de sustancias psicoactivas es un comportamiento y, con mucha frecuencia, un comportamiento social con un fuerte valor simbólico. El uso social de sustancias a menudo sirve para demarcar los límites de la inclusión y la exclusión en un grupo social (Room, 1975). La siguiente autodescripción de una usuaria de heroína de 23 años de edad ilustra estos puntos:

Le diré, yo crecí como un don nadie, una niña maltratada, una basura. Cuando me hice adicta a la heroína, me convertí en alguien. Al ser adicto, eres importante, te sientes bien, sí... Se lo dices a un tipo y es como decirle 'Oh, tengo un empleo importante'. Como si te respetaran... y la droga te da compañeros que están haciendo lo mismo, todos en un solo club enorme.

(Cita tomada de Edwards, 2004, xxiii).

En tercer lugar, las sustancias psicoactivas tienen el poder de cambiar el comportamiento, el estado de ánimo, la coordinación motriz y el discernimiento (Room, 2001). Esta cualidad es tanto valorada positivamente como temida y hasta los términos usados en relación con las sustancias a menudo tienen un matiz doble. Las palabras *droga e intoxicación* tienen connotaciones positivas o negativas según el contexto. En muchas circunstancias culturales, las personas valoran positivamente la intoxicación como una experiencia recreativa o social; el inglés y otros idiomas son extraordinariamente ricos en términos simbólicos para describir estados de intoxicación (Levine, 1981).

Por el contrario, las personas pueden considerar el comportamiento del sujeto intoxicado como impredecible y en potencia peligroso. Se considera que el efecto de la sustancia vuelve a la persona intoxicada menos dispuesta a atender razones, a acatar las normas sociales y las leyes. Estas expectativas y el comportamiento de las personas bajo la influencia de las sustancias varían en las distintas culturas (MacAndrew y Edgerton, 1969).

En cuarto lugar, las sustancias psicoactivas son vistas como posibles causantes de adicción o, para usar el término técnico actual, de dependencia. El significado básico de dependencia establece que el usuario ha perdido la capacidad de controlar si usará o no la sustancia y en qué cantidad (Edwards et al., 1981). Según se entiende comúnmente la dependencia, hay también una segunda pérdida conexas del control sobre la propia vida: la vida del usuario se ha “vuelto ingobernable”, en las palabras del Primer Paso de Narcóticos Anónimos.

Existen entonces múltiples propiedades de las sustancias psicoactivas que sustentan su poder simbólico. Este poder se expresa en las vidas cotidianas de los usuarios de drogas, en el simbolismo de los anuncios publicitarios del alcohol y el tabaco, en la forma en que se comporta el usuario durante y después del consumo de una droga, en lo que los demás esperan de un usuario de drogas y en la forma en que se evalúan las acciones de la persona durante y después del consumo. El poder simbólico de las sustancias psicoactivas también las convierte en un ámbito de primer orden para la acción política. Los movimientos políticos a favor del control de las sustancias psicoactivas se basan mucho en el simbolismo. En los años cuarenta y cincuenta, el naciente régimen comunista en China logró un éxito extraordinario, al menos por una generación, en su campaña contra el consumo de opio porque la campaña simbolizaba la lucha contra la represión y la humillación coloniales (Yongming, 2000). En la época de la Guerra Fría, la fiscalización internacional de estupefacientes y la “guerra a las drogas” se convirtió en un campo en el cual los bloques oriental y occidental podían llegar a un consenso en la denuncia de las drogas como un flagelo mundial (Room, 1999). En consecuencia, no se puede concentrar el análisis de las políticas sobre las drogas en un examen racional de la estructura social; también se debe reconocer la dimensión simbólica (Christic y Bruun, 1996; Room, 2005).

2.4 ¿Por qué usan drogas las personas?

Es fácil comprender el atractivo de las drogas. Como se señaló antes, lo que distingue a las drogas psicoactivas de otras sustancias medicinales y nutricionales es su gran capacidad de actuar sobre procesos cerebrales que influyen en la motivación, el pensamiento, el estado de ánimo y, lo que es tal vez más importante, la experimentación del placer.

Esta última característica se vincula con un aspecto fundamental del comportamiento y el aprendizaje del ser humano llamado refuerzo. Una de los principales avances en el conocimiento del uso de las drogas proviene de la investigación sobre los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales involucrados en el refuerzo de las drogas (WHO, 2004). En el plano biológico, los efectos psicoactivos y gratificantes inmediatos de distintas sustancias, en particular su capacidad de producir placer y aliviar el dolor, ayudan a explicar por qué los animales y los seres humanos repetidamente se autoadministran drogas a pesar de sus consecuencias negativas. Si bien las sustancias difieren en cuanto a los tipos particulares de neuroreceptores y neurotransmisores que afectan en el cerebro, existen considerables similitudes entre ellas (WHO, 2004). Las vías neurales estimuladas por estas sustancias son las mismas afectadas por otros comportamientos placenteros, como ingerir una buena comida o tener relaciones sexuales. Combinadas con el refuerzo social que proporcionan las drogas debido a su aprendido valor simbólico, las sustancias psicoactivas son especialmente atractivas para los jóvenes durante el período formativo de su crecimiento y desarrollo.

Más allá de los factores neurobiológicos y socioculturales involucrados en el uso de drogas, avances recientes en la investigación psicológica y la epidemiología genética han permitido identificar varios mecanismos importantes que contribuyen a identificar por qué los seres humanos inician y continúan el consumo de estas sustancias. La predisposición genética e influencias familiares más amplias (Merikangas et al., 1998b; Agrawal y Lynskey, 2006) pueden incrementar el riesgo para algunos individuos, como lo hacen ciertas características personales como la temeridad, la impulsividad y la agresividad (Chassin y Ritter, 2001). Las discapacidades relacionadas con el aprendizaje pueden llevar a algunos adolescentes a desalentarse con los logros educativos tradicionales, sentirse atraídos por compañeros de comportamiento antisocial y adictos a las drogas y experimentar efectos psicoactivos más intensos con ellas (Lynskey y Hall, 2001). Las asociaciones entre estos factores familiares, del comportamiento y el temperamento han llevado a algunos investigadores (King et al., 2009) a postular la existencia de una vulnerabilidad esencial general a tener problemas relacionados con las drogas, llamada desinhibición conductual.

Si bien el uso de drogas es más frecuente entre los jóvenes que tienen estos factores de riesgo, nunca es inevitable. Los factores que contribuyen a la iniciación del consumo de drogas tal vez no sean los mismos que llevan a algunos individuos a continuar ese consumo (Rhee et al., 2003). Como se analiza más adelante, el uso crónico y la dependencia son parte de un síndrome bioconductual complejo que difiere según la naturaleza de la sustancia y las características personales del usuario.

Por último, debemos reconocer que la disponibilidad tiene enormes implicaciones para el aumento y la disminución del consumo de drogas en el transcurso del tiempo. La disponibilidad se refiere no solo a la oferta de drogas (disponibilidad material) sino también a su costo (disponibilidad económica), su atractivo (disponibilidad psicológica) y su aceptación social en los grupos primarios de referencia del usuario (disponibilidad social). En general, cuanto más se disponga materialmente de una droga, más asequible sea esta como reforzador y como símbolo social y más aceptada sea por los pares de un individuo, más probable será que invite a la experimentación y el consumo continuado.

2.5 Mecanismos del daño

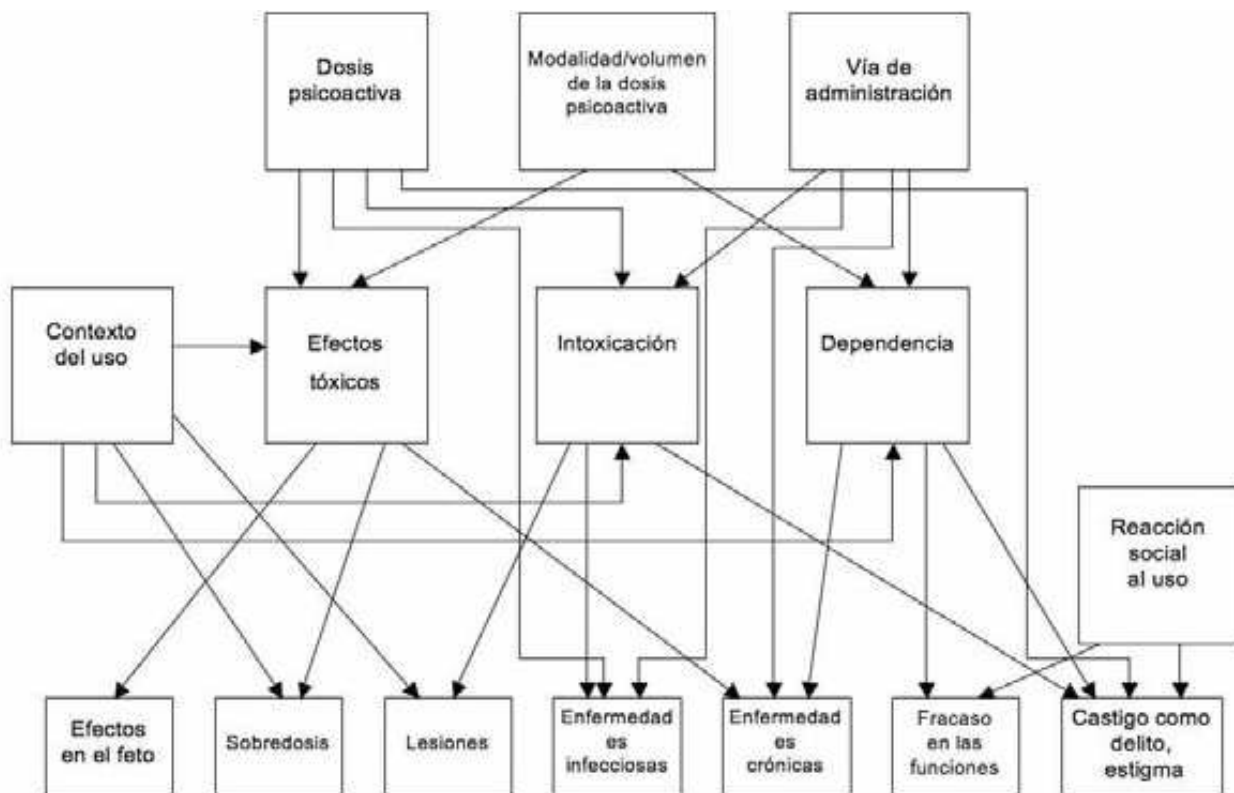
Es bien sabido que el uso de sustancias psicoactivas entraña un riesgo considerable de daño para los usuarios de las drogas y para quienes lo rodean. Los riesgos varían de acuerdo con la naturaleza de la sustancia y la modalidad de su uso (es decir, la cantidad y la frecuencia del consumo), entre otras cosas.

La figura 2.1 ilustra cómo distintas consecuencias del uso de drogas se asocian con las dosis de la droga, las modalidades del consumo y la forma de administración de la droga. Se muestran tres presuntos mecanismos de acción que explican esas asociaciones: 1) efectos tóxicos y otros efectos bioquímicos de las drogas; 2) efectos psicoactivos que dan como resultado la intoxicación; y 3) la dependencia.

La figura muestra que el daño puede ser resultado de tres aspectos del uso de la droga: la dosis, la modalidad de consumo y la vía de administración. El primer aspecto, la dosis de la droga, varía de apenas intoxicante a letal y a menudo se relaciona con la “pureza” de la droga en el momento que se vende. En general, cuanto mayor sea la cantidad tomada en una ocasión específica, más probable es

que el usuario experimente efectos agudos, como la intoxicación y la sobredosis; y cuanto más grande sea la cantidad a lo largo del tiempo, más probable es que el usuario experimente efectos tóxicos. La segunda causa de daño es la modalidad de consumo. La modalidad se refiere a la frecuencia y la variabilidad del uso de la droga. Algunas personas usan la droga de manera intermitente, por ejemplo, en los fines de semana u ocasiones especiales, mientras que otras la consumen todos los días. El tercer aspecto, la vía de administración, se refiere a la forma en que se consume la droga, es decir, que se fume, se ingiera, se aspire, se inyecte o se tome en alguna otra forma.

Figura 2.1 Cómo se relacionan los efectos tóxicos, la intoxicación y la dependencia con la dosis de la droga, las modalidades de uso y la vía de administración de la droga y, a su vez, cómo éstas median las consecuencias del uso de drogas para el usuario individual



La vía de administración y las modalidades del uso de la droga se relacionan con el daño en varias formas. En primer lugar, la cantidad de droga consumida en una determinada ocasión puede superar el nivel de tolerancia del individuo y llevar a una sobredosis y posiblemente la muerte. En segundo lugar, una modalidad constante de uso de la droga, como fumar cannabis diariamente, puede conducir a efectos crónicos, como el cáncer de pulmón. Además de los efectos tóxicos específicos de la droga, esta también puede causar problemas debido a su capacidad de alterar la conciencia y el raciocinio o la coordinación psicomotora del usuario. El efecto intoxicante de una droga, en particular con dosis elevadas, puede contribuir a que se produzcan lesiones, reacciones de pánico, desorientación, violencia y una serie de otros problemas médicos y psiquiátricos.

2.6 Dependencia

Un mecanismo que contribuye a los efectos tanto agudos como crónicos del uso repetido de una droga es la dependencia, un síndrome psicobiológico definido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los criterios para determinar la dependencia de una sustancia establecidos en la CIE-10 incluyen un poderoso deseo de consumir la sustancia, dificultades para controlar el comienzo o la terminación del uso, un estado de abstinencia fisiológica después de un período de no uso, un aumento de la tolerancia a los efectos de la droga, el descuido progresivo de otros placeres o intereses para dar prioridad al uso de la droga y la persistencia del uso a pesar de las consecuencias perjudiciales (WHO, 1992).

Las investigaciones neurobiológicas y del comportamiento (Organización Mundial de la Salud, 2004) han identificado una serie de procesos bioconductuales que sustentan la dependencia, como la liberación del neurotransmisor dopamina en la región del núcleo auditivo del cerebro. Al activar centros emocionales y motivacionales del cerebro, la droga se asocia con sentimientos de placer, actitudes positivas y concentración de la atención, que aumentan las probabilidades de que el usuario trate de repetir la experiencia. Con la exposición repetida, el deseo compulsivo de buscar la droga y consumirla es estimulado por la vista de la droga, los pensamientos acerca de ella o la expectativa de su consumo, lo cual da como resultado una marcada preocupación por la sustancia, en deterioro de otros aspectos importantes de la vida, como la familia, el trabajo y la salud.

Estos principios generales de la dependencia de las drogas no se aplican por igual a todas las sustancias psicoactivas, en parte debido a sus diversas propiedades farmacológicas. Por ejemplo, no parece producirse dependencia de la droga en el caso de los alucinógenos (WHO, 1992; Edwards, 2004) y los síntomas de abstinencia que precipitan la autoadministración de la droga difieren según la droga.

2.7 La influencia del contexto

La toxicidad de una droga, su efecto intoxicante e, incluso, su potencial de dependencia pueden ser afectados por factores del contexto como el círculo social (las expectativas) y el entorno en el cual se usa la droga. En un entorno estimulante y de apoyo, por ejemplo, el LSD puede producir experiencias perceptibles agradables, mientras que la misma droga puede producir una reacción de pánico en un entorno no familiar o una reacción paranoide en un entorno amenazador (Edwards, 2004).

Hasta el momento hemos descrito únicamente los mecanismos de los daños relacionados con el uso de drogas. Como se señala en la parte inferior derecha de la figura 2.1, las reacciones sociales al uso de la droga (los daños relacionados con la respuesta) también pueden influir en las consecuencias experimentadas por los usuarios. Las sanciones de la justicia penal y el estigma asociado con ellas son una función de las reacciones sociales, no de la droga misma. El fracaso en las funciones, como el desempleo o el divorcio, pueden ser resultado tanto de la droga misma como de la reacción de la sociedad al uso de drogas. Como se examina más adelante, estos tipos de daños pueden ser escasos con el tabaco, moderados con el cannabis y bastante grandes con la cocaína y la heroína.

2.8 El grado de riesgo o daño que implican distintas sustancias

Un interrogante importante para la política pública es el grado de riesgo o daño que resulta del uso de distintas sustancias. En la elaboración de estrategias de prevención y programas de intervención, está implícita la idea de que algunas drogas son más peligrosas o más perjudiciales que otras y, como tales, requieren más control, recursos y vigilancia. Por ejemplo, los convenios internacionales concernientes a las sustancias psicoactivas se basan en recomendaciones de comités de expertos acerca de la “propensión a ser objeto de abuso que tiene una droga y que constituye un riesgo para la salud pública” y los diversos programas se diferencian en cuanto al grado de riesgo de problemas tanto sociales como de salud pública (WHO, 2000, § 41). Ha habido varios intentos de caracterizar distintas sustancias en términos de su potencial relativo para causar daño, teniendo en cuenta factores modificadores como la vía de administración o el contexto del uso, que pueden modificar o reducir el peligro (Best et al., 2003).

En un estudio (Hall et al., 1999) se compara la gravedad de los efectos para los usuarios masivos de distintas sustancias en su forma común más nociva. Como se muestra en el cuadro 2.2, se considera que el alcohol tiene el mayor potencial de daño, mientras que se estima que el tabaco, la heroína y la marihuana tienen menos efectos nocivos para la salud.

Cuadro 2.2 Efectos adversos para la salud de los usuarios debido al consumo excesivo de la forma común más nociva de cada una de las cuatro drogas

Efectos adversos	Marihuana	Tabaco	Heroína	Alcohol
Accidentes de tránsito y de otro tipo	*		*	**
Violencia y suicidio				**
Muerte por sobredosis			**	*
Infecciones hepáticas y por el VIH			**	*
Cirrosis hepática				**
Cardiopatías		**		*
Enfermedades respiratorias	*	**		
Cáncer	*	**		*
Trastornos mentales	*			**
Dependencia/adicción	**	**	**	**
Efectos perdurables en el feto	*	*	*	**

** = efecto importante; * = efecto menos frecuente o no bien establecido.

Fuente: Hall et al. (1999).

En el cuadro 2.3 se presentan cuatro enfoques alternativos de la cuestión de la peligrosidad. La primera columna muestra las probabilidades de sobredosis, basadas en estimaciones del “coeficiente de seguridad” de diversas sustancias (Gable, 2004). Según este esquema, la heroína, el alcohol y la cocaína tienen los coeficientes de seguridad más bajos, mientras que la marihuana tiene el más alto.

Cuadro 2.3 Puntuaciones asignadas a las sustancias psicoactivas según diferentes dimensiones de “peligrosidad”

	Coeficiente de seguridad (Gable, 2004)	Efecto intoxicante (Hilts, 1994)	Toxicidad general (Rocques, 1999)	Peligrosidad social (Rocques, 1999)
Marihuana	> 1.000 fm	4ª más alta	Muy débil	Escasa
Benzodiazepinas (Valium)	nc	nc	Muy débil	Escasa (excepto al conducir)
MDMA/éxtasis	16 or	nc	Posiblemente muy fuerte	Escasa (¿...?)
Estimulantes	10 or	nc	Fuerte	Escasa (posibles excepciones)
Tabaco	nc	5ª más alta	Muy fuerte	Ninguna
Alcohol	10 or	La más alta	Fuerte	Grande
Cocaína	15 in	3ª más alta	Fuerte	Muy grande
Heroína	6 iv	2ª más alta	Fuerte (excepto en el uso terapéutico de opiáceos)	Muy grande

Vías de administración: nc = no calificada; fm = fumada; or = oral; in = intranasal; iv = intravenosa.

Coeficiente de seguridad = (dosis efectiva usual para propósitos no médicos) / (dosis usualmente letal), usando la vía de administración especificada.

Fuente: Room (2005b).

Otra dimensión de la peligrosidad es el grado de intoxicación producido por la sustancia. Como se observó en un artículo sobre esta cuestión (Hilts, 1994), la intoxicación aumenta el daño personal y social causado por una sustancia. Teniendo en cuenta la dosis, el círculo social y el entorno, las puntuaciones asignadas en la segunda columna del cuadro 2.3 indican que el alcohol tiene el efecto intoxicante más alto, seguido por la heroína, la cocaína, la marihuana y el tabaco.

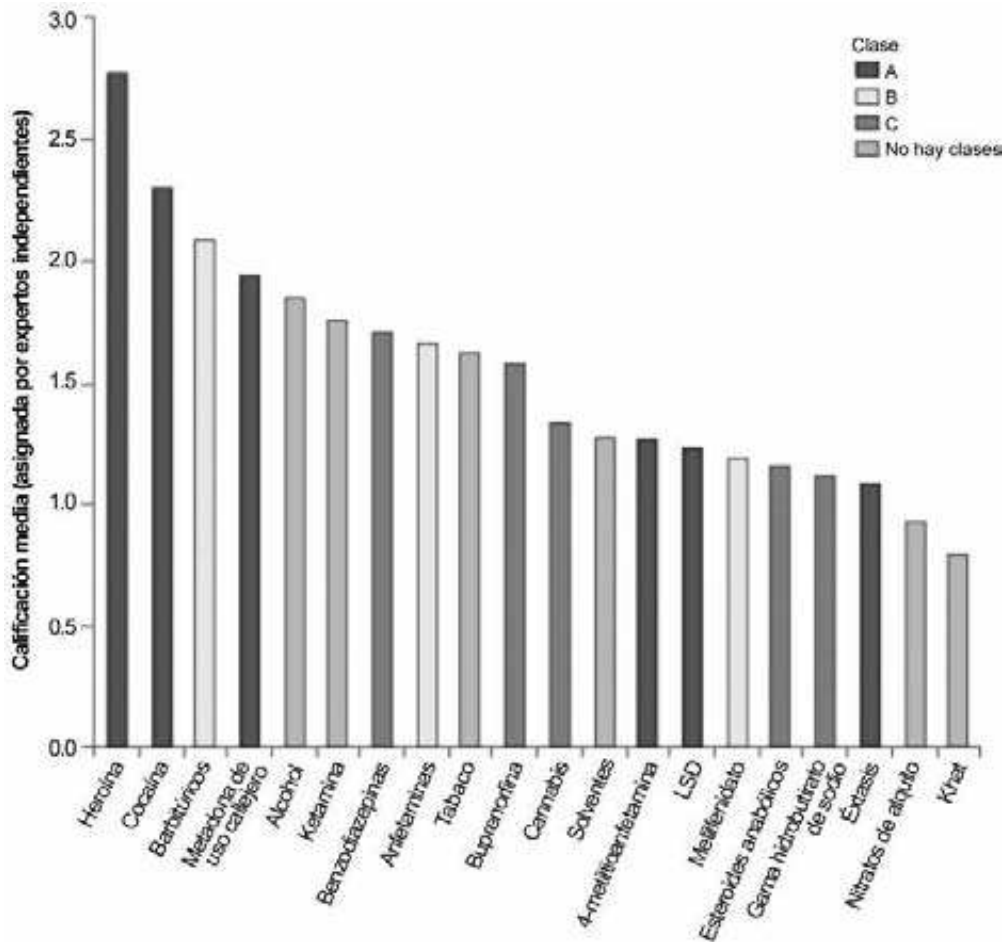
Las dos últimas columnas del cuadro 2.3 muestran los resultados de un enfoque más global de las mismas dimensiones generales, señalados por un comité de expertos franceses (Roques, 1999). El comité calificó la toxicidad general y la peligrosidad social de siete sustancias. La toxicidad incluye efectos a largo plazo sobre la salud (como el cáncer y las enfermedades hepáticas), las infecciones y otras consecuencias del uso por vía intravenosa, así como los efectos agudos representados por el coeficiente de seguridad. La peligrosidad social se concentra en la conducta agresiva y sin control inducida por el uso de la droga o asociada con él. En general, la heroína y el alcohol ocupan una cate-

goría relativamente elevada en las cuatro dimensiones de la peligrosidad, mientras que la marihuana está en la más baja. Las otras drogas varían según el criterio empleado: el tabaco ocupa una categoría alta en relación con la toxicidad y una baja en cuanto a la peligrosidad social.

Otra dimensión del carácter perjudicial es lo que los psicofarmacólogos llaman potencial de dependencia. Este término se refiere a la propensión de una sustancia a generar, como consecuencia de sus efectos farmacológicos sobre las funciones fisiológicas o psicológicas, la dependencia de la sustancia. Henningfield y Benowitz (citados en Hiltz, 1994) hicieron comparaciones de las puntuaciones asignadas a distintas sustancias en relación con la abstinencia, la tolerancia, el refuerzo y la dependencia. Se consideró que el tabaco tenía el más alto potencial de dependencia, seguido por la heroína, la cocaína, el alcohol, la cafeína y la marihuana, en ese orden.

Uno de los intentos más integrales de estimar el daño asociado con toda la gama de sustancias psicoactivas (Nutt et al., 2007) se basa en puntuaciones asignadas por expertos al daño físico, la tendencia de la droga a inducir dependencia y el efecto del consumo de la droga sobre las familias, las comunidades y la sociedad. La figura 2.2 muestra las puntuaciones medias del daño causado por 20 sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, sobre la base de los tres parámetros, representados en una gráfica según un orden jerárquico. Los resultados no apoyan la clasificación de las drogas en las categorías de daño elevado, mediano y bajo actualmente usadas como base para las sanciones penales, las medidas policiales, la prevención y los programas de tratamiento. Mientras que la heroína o la cocaína ocupan el primero y el segundo lugar, el alcohol (5) y el tabaco (9), ambos considerados sustancias legales en la mayoría de los países, son clasificados como más nocivos que el cannabis, los solventes y el LSD.

Figura 2.2 Calificaciones medias del daño causado por 20 sustancias psicoactivas. La clasificación según la Ley sobre Uso indebido de Drogas del Reino Unido de los niveles relativamente nocivos son tres (la clase A es la más nociva y la clase C es la menos nociva) y se indican con el color de cada barra. Algunas sustancias (por ejemplo, khat) no han sido clasificadas debido a que no son controladas bajo la Ley sobre Uso indebido de Drogas.



Fuente: Nutt et al. (2007).

2.9 Conclusiones

Las sustancias psicoactivas varían enormemente en cuanto a sus propiedades farmacológicas, su simbolismo cultural y sus efectos reforzadores. Los avances en las neurociencias y una serie de otras disciplinas han mejorado nuestro conocimiento acerca de cómo las drogas afectan a los neurotransmisores cerebrales, el comportamiento del usuario y las consecuencias negativas del consumo tanto agudo como crónico. Los sistemas de puntuaciones para estimar la peligrosidad o el riesgo asociados con distintas sustancias indican que las sustancias legales como el tabaco y el alcohol son por lo menos tan peligrosas como muchas sustancias ilegales. Al mismo tiempo, el riesgo asociado con cada una de estas sustancias varía según los efectos sobre la salud causados por la droga, el coeficiente de seguridad (es decir, la dosis letal) de la droga, su efecto intoxicante, su toxicidad general, su peligrosidad social, su potencial de causar dependencia, el entorno y contexto del uso y el estigma social. Estas consideraciones indican que la sustancia química en sí, en su forma pura, es solo uno de los numerosos factores que determinan que se produzca o no el daño y en qué medida. Las políticas sobre el uso de las sustancias deben reflejar las complejidades farmacológicas y sociales de las sustancias psicoactivas, así como las diferencias relativas entre ellas.

Sección II

La epidemiología y los mercados de las drogas

3. Las dimensiones internacionales del uso de drogas

3.1 Introducción

El uso indebido de sustancias psicoactivas es un fenómeno universal y, por diversas razones, es importante adoptar una perspectiva mundial. Ningún país es inmune a los problemas asociados con la producción, el tráfico y el uso de drogas ilegales, si bien algunas naciones resultan más afectadas que otras. Los países pueden aprender unos de otros estudiando el crecimiento y la declinación del uso de drogas. La epidemia actual de drogas en un país podría ser mañana el problema de drogas de otra nación. En especial los encargados de formular las políticas pueden beneficiarse con los conocimientos y experiencias adquiridos en otras partes del mundo, comenzando con el campo en expansión de la epidemiología de las drogas. La epidemiología es el área de la investigación de salud pública que estudia las variaciones en la salud y la morbilidad de grupos de población y las causas de esas variaciones según los factores ambientales, el agente “patológico” y las características del huésped. En el caso de la epidemiología de las drogas, en este capítulo se mostrará que se ha logrado un considerable avance en la creación de instrumentos metodológicos necesarios para evaluar las variaciones en las tasas de **incidencia** del uso de drogas y en las tendencias de la **prevalencia** con el transcurso del tiempo.

Como se describe en el recuadro 3.1, existen importantes retos para calcular el uso de drogas ilegales en los distintos países y culturas. No solo es difícil encontrar estadísticas exactas acerca del uso de drogas ilegales, sino que también hay dificultades al utilizar encuestas sociales para formular preguntas acerca de las drogas. En primer lugar, los usuarios excesivos de drogas adoptan estilos de vida inestables que hacen difícil encontrarlos y entrevistarlos. En segundo lugar, la disposición a informar el uso de drogas es afectada por la intolerancia social hacia los usuarios de drogas y una actitud defensiva de estos acerca de informar un comportamiento estigmatizado e ilegal. Por último, los estudios realizados en distintos países pueden usar diferentes procedimientos de medición y diversos enfoques metodológicos, los cuales dificultan o, en algunos casos, hacen imposible establecer comparaciones.

Como resultado de estos retos, nuestro conocimiento de la epidemiología del uso de drogas se basa principalmente en estudios efectuados en Europa Occidental, América del Norte y Australia. Las limitadas investigaciones en otras partes del mundo implican que una perspectiva más amplia de las dimensiones mundiales del uso de drogas es necesariamente rudimentaria. Teniendo en cuenta estos aspectos, proporcionamos un panorama mundial de las variaciones en el uso y las tendencias que pueden servir como punto de partida para la discusión de políticas sobre las drogas, basándonos especialmente en cálculos realizados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés). Los datos sobre la prevalencia informados por la UNODC se obtuvieron con diversos métodos y en muchos casos solo pueden ser considerados una conjetura fundamentada (UNODC, 2003a).

Recuadro 3.1 Problemas al estimar la prevalencia del uso de drogas

Los cálculos de la prevalencia del uso de drogas generalmente se basan en dos métodos, cada uno de los cuales presenta puntos débiles.

1. La proporción estimada de *usuarios ocasionales* de drogas en una población normalmente se basa en encuestas efectuadas en muestras de la población en general. El cálculo puede presentar sesgos por varias razones. Es menos probable que quienes usan drogas ilegales participen en encuestas de la población en general y, cuando lo hacen, tal vez no informen verazmente su consumo de drogas (Rehm et al., 2005). Esto producirá un sesgo por defecto en la proporción de usuarios ocasionales. Por otra parte, los no usuarios pueden, por diversas razones, proporcionar informes falsos acerca del uso de drogas, lo cual causará un sesgo por exceso en la proporción de usuarios (Skog, 1992). La incertidumbre de los cálculos de la prevalencia significa que es preciso interpretar con cautela las comparaciones de las tasas de prevalencia de distintos países. Sin embargo, muchos países han realizado encuestas anuales (o frecuentes) aplicando la misma metodología en el transcurso del tiempo. Se supone que estas encuestas proporcionan indicadores bastante buenos de las tendencias en el uso de drogas.

2. El número de *usuarios problemáticos de drogas* en una población se calcula a partir de diversas fuentes de datos, como las estadísticas de la mortalidad, la prevalencia de la infección por el VIH, las admisiones para tratamiento, los registros policiales y las encuestas de población. En un mismo país, el cálculo de la prevalencia puede variar considerablemente según el método aplicado. La medida en que esos métodos calculan con exactitud la prevalencia varía según los países a causa de las diferencias en las prácticas de control policial, el suministro de servicios de tratamiento y la variable cobertura y calidad de los registros. Esto implica que las comparaciones del uso de drogas y los problemas relacionados con ese uso entre los países deben realizarse con cautela y en forma crítica.

3.2 La magnitud actual del uso de drogas

En el año 2008, las Naciones Unidas estimaron que, en todo el mundo, 208 millones de personas consumieron drogas ilegales por lo menos una vez en los doce meses anteriores; 166 millones de esas personas usaron marihuana y otras formas de cannabis, 25 millones consumieron anfetaminas y 9 millones, éxtasis. Se calculó que usaron opiáceos 16,5 millones de personas, de las cuales unos 12 millones consumieron heroína; se estimó que 16 millones consumieron cocaína (UNODC, 2008). Se calculó que 4% de la población adulta mundial había usado cannabis, mientras que para las otras drogas la proporción fue inferior a 0,6%.

El cannabis (marihuana y hachís) es hasta el momento la droga ilegal más popular en el mundo. Era usado en 96% de los países que informan a las Naciones Unidas, seguido por los opiáceos (heroína, morfina y opio) (87%) y los derivados de la hoja de coca (81%). Después de estos productos naturales, las drogas más populares son los estimulantes del tipo de las anfetaminas (73%), las benzodiazepinas (69%), diversos tipos de solventes inhalantes (69%) y los alucinógenos (60%) (UNODC, 2000).

El consumo de drogas ilegales difiere considerablemente según los grupos de población. Si bien una proporción bastante grande de la población puede tener alguna experiencia con drogas ilegales, los consumidores excesivos, que constituyen una proporción mucho más pequeña de la población, absorben una gran parte del consumo total. Como se describe en el capítulo 2, las modalidades de consumo (por ejemplo, consumo diario u ocasional), las vías de administración (por ejemplo, la inyección o fumar) y el hecho de que se use más de una sustancia (es decir, el uso de múltiples drogas), son todos elementos que se deben tener en cuenta al tratar de calcular los riesgos sociales y para la salud asociados con el uso de drogas.

3.3 Estimaciones de la prevalencia en la población

El Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2008) proporciona cada año estimaciones de la prevalencia del uso de cannabis, opiáceos, anfetaminas y cocaína en numerosos países. En el cuadro 3.1 se sintetizan estas estimaciones para distintas regiones del mundo, según el uso de drogas en el año anterior. En virtualmente todos los países, el cannabis es consumido por una fracción de la población más grande que la correspondiente a los usuarios de opiáceos y anfetaminas. Se encuentran las tasas de prevalencia más elevadas en los países occidentales industrializados más prósperos. Una notable excepción al predominio del cannabis es China, donde la heroína es la droga ilegal notificada con más frecuencia (Hao et al., 2004).

Cuadro 3.1 Prevalencia anual del uso de drogas en diversas regiones del mundo, como porcentaje de la población de 15 a 64 años de edad

	Cannabis	Opiáceos	En particular, heroína	Anfetaminas	Cocaína
África	8,0	0,3	0,2	0,43	0,22
Américas	6,9	0,4	0,3	0,96	1,74
América del Norte	10,5	0,5	0,4	1,27	2,42
América del Sur	3,4	0,3	0,1	0,66	1,05
Asia	2,0	0,4	0,2	0,53	0,01
Europa	5,3	0,7	0,6	0,45	0,73
Europa Occidental y Central	6,9	0,5	0,4	0,61	1,22
Europa Sudoriental	2,0	0,2	0,2	0,21	0,08
Europa Oriental	3,7	1,4	1,1	0,24	0,03
Oceanía	14,5	0,4	0,1	2,14	1,37
Mundial	3,9	0,4	0,3	0,58	0,37

Fuente: Cálculos nuestros basados en datos del Informe Mundial sobre Drogas, 2008 (UNODC, 2008).

En muchos países, una proporción considerable de la población adulta ha tenido algún tipo de experiencia con las drogas. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América alrededor de la mitad de la población adulta ha usado drogas ilegales (principalmente cannabis) en alguna ocasión (Warner et al., 1995; Compton et al., 2005b). En el Reino Unido y otros países europeos aproximadamente la tercera parte de los adultos informan que han usado drogas ilegales en algún momento de sus vidas (Ramsay y Percy, 1997; EMCDDA, 2007).

El uso de **preparaciones farmacéuticas** con propósitos no médicos (es decir, el uso sin receta del médico o más allá de lo indicado por este) es también un problema importante, si bien no está documentado adecuadamente en muchos países (Sheridan y Butler, 2008). Estudios realizados en los Estados Unidos de América y en Australia revelan que el uso no médico de **psicofármacos** (es decir, medicamentos con propiedades psicoactivas) es más frecuente que el uso de todas las drogas ilegales, excepto por el del cannabis. La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud (NSDUH) de los Estados Unidos de América reveló que 2,8% de los habitantes de 12 y más años de edad informaron el uso indebido de psicofármacos de venta con receta en el mes anterior (principalmente analgésicos, pero también ansiolíticos, estimulantes y sedantes) (SAMHSA, 2007). Asimismo, los datos de la Encuesta Domiciliaria Nacional sobre la Estrategia para las Drogas realizada en Australia en el año 2004 mostró que 3,8% de los encuestados de 14 y más años de edad señalaron que habían usado psicofármacos con propósitos no médicos en los 12 meses anteriores (principalmente analgésicos y ansiolíticos) (Australian Institute for Health and Welfare, 2005).

Es importante destacar que solo una pequeña fracción de quienes alguna vez han usado drogas ilegales se convierten en usuarios problemáticos de drogas. Los datos del Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA, 2004) indican que la prevalencia actual del uso problemático de drogas (definido como “uso de drogas inyectables o uso regular o prolongado de opioides, cocaína y/o anfetaminas”) es inferior a 1% en el grupo de 15 a 64 años de edad en los 20 países europeos incluidos en su encuesta de vigilancia. El cuadro 3.2 muestra la prevalencia estimada del “uso problemático de drogas” entre las personas de 15 a 64 años de edad en 22 países europeos. Hay una considerable variación en los países, pero también dentro de un mismo país debido a los distintos procedimientos de estimación, técnicas de encuesta y procedimientos de muestreo.

La **prevalencia en toda la vida** del “uso indebido de sustancias” (término definido por el uso de drogas en situaciones de riesgo y los problemas asociados con el uso) es de alrededor de 6% a 7% en los países de América del Norte y en Nueva Zelanda, y de alrededor de 1% en Corea del Sur y Taiwán (Perkonig et al., 1998). Un examen sistemático (Rehm et al., 2005) encontró que, en los países de la Unión Europea y en Noruega la mayoría de los trastornos relacionados con el uso de drogas se vinculaban con el cannabis. En el caso de otras drogas (opioides, cocaína y anfetaminas), las estimaciones eran muy inferiores a 1%. Otros estudios han documentado una elevada tasa de prevalencia en toda la vida de la dependencia de las drogas en los Estados Unidos de América (7,5%), con porcentajes más bajos para Alemania (2,1%) y los Países Bajos (1,8%), y una tasa considerablemente inferior para México, donde 0,7% de la población urbana adulta cumplía con los criterios para determinar la dependencia de drogas (Merikangas et al., 1998a).

Las encuestas realizadas en seis países diferentes indican que la proporción de la población que informa haber usado alguna vez una droga ilegal (porcentajes de 10% a 50%) es entre 6 y 15 veces superior a la proporción que informa síntomas de dependencia de drogas (Merikangas et al., 1998a).

Aun entre los usuarios actuales, una pequeña proporción de usuarios excesivos parecen representar la mayor parte del consumo de las drogas. Por ejemplo, se calculó que una quinta parte de los usuarios actuales de cocaína fueron responsables de 70% del consumo total de cocaína en los Estados Unidos de América en el año 1990 (Everingham y Rydell, 1994).

A nivel mundial, estas variaciones geográficas ayudan a identificar factores que contribuyen al uso problemático de drogas. La cercanía a las zonas de producción y las rutas de contrabando parece aumentar el riesgo de uso de drogas. En consecuencia, la prevalencia del uso de cocaína es elevada en América del Sur (incluida Colombia, la principal fuente de cocaína) y en América del Norte, en comparación con la mayoría de las otras regiones del mundo y se estima que el uso de la cocaína es elevado en México, que está situado en la ruta de contrabando desde Colombia a los Estados Unidos de América (Brouwer et al., 2006). Asimismo, la prevalencia del uso de opiáceos es particularmente elevada en algunos países asiáticos cercanos a Afganistán y Myanmar, los principales países productores (por ejemplo, Tailandia y partes del sudoeste de China). El uso de opiáceos también es elevado en algunos países de Europa Oriental situados a lo largo de las rutas de contrabando desde Afganistán a Europa Occidental (por ejemplo, Eslovenia) (Prezelj y Gaber, 2005). Sin embargo, también hay ejemplos de desviaciones de ese patrón. El uso de drogas no es muy frecuente en los Países Bajos, aunque el país es un importante productor de cannabis y un país de transferencia para la cocaína. Turquía es otra excepción, a pesar de su papel como principal punto de entrada de la heroína en Europa.

Cuadro 3.2 Prevalencia del uso problemático de drogas por cada 1.000 personas de 15 a 64 años de edad, estimada con diversos métodos y en distintos períodos en 22 países europeos

País y año(s) para el cual las tasas del uso problemático de drogas son calculadas	Intervalo de estimaciones	Método(s) de cálculo ¹
Austria 2001-2004	3.3-5.4	CR
República Checa 2000-2006	1.4-5.2	CR, TM, OT
Chipre 2004-2006	1.3-1.9	TP
Dinamarca 1996-2005	4.0-7.5	CR
Finlandia 2001-2005	0.5-5.3	CR
Francia 1995-1999	3.8-4.7	CM, MI, OT, PM, TM
Alemania 2000-2006	2.1-2.8	MI, PM
Grecia 2001-2006	0.7-4.4	CR
Hungría 2005	3.5	CR
Irlanda 2000-2001	5.6-5.7	CR
Italia 1996-2006	3.2-8.5	CR, MI, MM, OT, PM, TM
Luxemburgo 1996-2000	6.5-8.1	CR, OT, PM
Malta 2004-2006	2.6-6.2	CR

Figura 3.2 (continuación)

País y año(s) para el cual las tasas del uso problemático de drogas son calculadas	Intervalo de estimaciones	Método(s) de cálculo ¹
Países Bajos 1996-2001	2.6-3.1	CM, MI, OT, TM
Noruega 1997 ²	4.2	OT
Polonia 2002	1.9	OT
Portugal 1999-2000	6.8-8.5	PM
Eslovenia 2000-2001	5.3-5.4	CR
Eslovaquia 2002-2006	2.1-6.1	MI, OT
España 1998-2002	4.0-8.7	TM, OT
Suecia 1998-2003	4.5-4.8	CR
Reino Unido 2001-2005	9.2-10.2	OT

Fuentes: Resumen del informe de EMCDDA (por sus siglas en inglés) de prevalencia del uso problemático de drogas a nivel nacional (disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/pdatab102a>) y de EMCDDA (por sus siglas en inglés) el cálculo de tendencias en problemas de uso y de inyección de drogas, años 2001-2006 (disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/pdatab6a>).

¹ Métodos de cálculo: CR = Captura Recaptura; TM = Tratamiento Multiplicador; HM = VIH Multiplicador; MM = Mortalidad Multiplicadora; MI = Método de indicador con múltiples variables; PM = Policía Multiplicador; OT = Otros

² Drogas solamente inyectables

Desde una perspectiva mundial, la prevalencia del uso de drogas también tiende a ser más elevada en las regiones prósperas (por ejemplo, Europa, América del Norte y Oceanía), en comparación con las regiones más pobres y los países en desarrollo (por ejemplo, África), excepto en los casos en que una droga particular tiene sólidas raíces autóctonas, como la coca que se mastica en la Región Andina, el **khat** consumido en África Oriental y el Oriente Medio y la **nuez de betel** usada en partes de Asia.

3.4 Tendencias en el uso de drogas

El uso del cannabis, los opiáceos, la cocaína y las anfetaminas no es en absoluto un fenómeno reciente. Desde hace muchos siglos, se ha usado el opio en China y otros países de Asia Sudoriental. El consumo del opio estaba muy difundido en Inglaterra y los Estados Unidos de América en el siglo XIX (Courtwright, 1982). Durante siglos, pueblos de América del Sur masticaron hojas de coca y la cocaína era un ingrediente popular en las “medicinas de patente” en los Estados Unidos de América a fines del siglo XIX (por ejemplo, véase Kandall, 1996). Las anfetaminas eran ampliamente usadas en Japón y en Suecia después de la Segunda Guerra Mundial (Bejerot, 1975). No obstante, la magnitud del uso, las vías de administración y las características de los usuarios varían considerablemente cuando aplicamos un marco temporal más prolongado. Por ejemplo, a fines del siglo XIX había probablemente 200.000 adictos a los opiáceos en los Estados Unidos de América —en su mayoría mujeres— que consumían la droga fumándola, bebiéndola o ingiriéndola (véase Kandall, 1996). Según Courtwright (1982), el número de adictos a los opiáceos en los Estados Unidos de América aumentó en la segunda mitad del siglo XIX a más de cuatro por cada mil habitantes en el año 1890, una tasa que probablemente

se redujo a la mitad durante los primeros decenios del siglo XX (Kandall, 1996). Durante este período, las mujeres constituyeron una proporción decreciente de los usuarios de drogas (Kandall, 1996).

En épocas más recientes, se han señalado en varios países cambios importantes en la prevalencia del uso de drogas relacionados con tendencias tanto crecientes como decrecientes. Los índices mundiales muestran aumentos considerables en el uso de cannabis, estimulantes del tipo de las anfetaminas, cocaína y opiáceos desde los años 1992 a 2003 (sobre la base de los análisis de las tendencias en los estados miembros de la UNODC, UNODC, 2005). Si bien los países (44% en el año 2003) que informan tasas crecientes del uso de drogas son más que los que comunican tasas decrecientes (25% en el año 2003), un número superior de estados miembros de la UNODC informaron tasas estables o decrecientes del uso de drogas desde los años 2000 a 2003 (UNODC, 2005). En algunos países, la desviación de psicofármacos y opio crudo de la producción legal se ha vinculado con tendencias crecientes en la incidencia y la prevalencia del uso de drogas.

Los aumentos del uso de drogas han sido particularmente marcados en algunas regiones. Si bien el consumo de opio había desaparecido virtualmente en China entre comienzos de los años cincuenta y fines de los setenta (McCoy et al., 2001), recientemente ha habido un incremento considerable del uso de la heroína en zonas de China cercanas al “Triángulo de Oro”, de manera concomitante con la apertura de las fronteras, el comercio internacional y el desarrollo económico (McCoy et al., 2001; Li et al., 2002; Hao et al., 2004). En el último decenio, México se ha visto cada vez más envuelto en el tráfico de cocaína y la producción y el tráfico de metanfetaminas. Desde el año 1990, se ha producido un notable crecimiento del uso de drogas inyectables en estados recientemente independientes como Rusia y Ucrania (Rhodes et al., 1999). Esto ha coincidido con la globalización de los mercados de drogas, el transporte y las redes de comunicación. Pozniak y sus colaboradores (2002) señalan que el período de transición de economías socialistas a otras con orientación capitalista influyó en el notable aumento del uso de drogas en varias formas. Se incrementó la oferta de drogas cuando factores políticos, sociales y económicos contribuyeron a una expansión de las redes delictivas y de lavado de dinero y la agitación social y política amplió los grupos socialmente desfavorecidos que son particularmente vulnerables al uso indebido de sustancias. En otros países de Europa Central y Oriental, se ha informado un aumento considerable del uso de drogas ilegales durante períodos de cambios políticos y sociales (Moskalewicz, 2002). Entre los años 1994 y 1999, en la República Checa se produjo un crecimiento espectacular del número de pacientes de hospitales con diagnósticos de trastornos causados por el uso de sustancias y, entre los años 1990 y 1999, se multiplicaron por 50 los delitos penales relacionados con el consumo de drogas (Csémy et al., 2002). En Irlanda del Norte, parece que los cambios políticos y sociales han sido acompañados de un incremento del uso de drogas entre los jóvenes (Higgins et al., 2004).

En otros lugares, las tendencias han sido variadas. El uso de cannabis en los Países Bajos (donde desde fines de los años setenta se ha vendido cannabis abiertamente en “cafeterías” autorizadas) aumentó entre los años setenta y comienzos de los noventa, pero las tasas de prevalencia se han estabilizado desde entonces (Korf, 2002). El aumento se produjo durante un período en el cual se despenalizó el uso de cannabis y un número creciente de cafeterías absorbió el mercado minorista holandés de esa droga, mientras que la estabilización ocurrió en un período en que se redujo a la mitad el número de cafeterías (Korf, 2002). No obstante, MacCoun y Reuter (2001a) han mostrado que la prevalencia del

consumo de cannabis en toda la vida entre los jóvenes holandeses no es muy diferente de la observada entre los jóvenes noruegos (de Oslo) y es considerablemente más baja que la detectada entre los jóvenes estadounidenses a fines de los años setenta y en los ochenta. Tanto en Noruega como en los Estados Unidos de América, la posesión y el consumo de cannabis son estrictamente ilegales.

En Australia, el número de usuarios dependientes de la heroína se duplicó entre mediados de los años ochenta y fines de los noventa (Hall et al., 2000c; Kaya et al., 2004). Se ha sugerido que se podría explicar el aumento por el considerable incremento de la disponibilidad de heroína pura y barata y por el mayor número de trastornos psicosociales en los jóvenes (Hall et al., 2000c). Este período fue seguido de una marcada disminución de la disponibilidad de heroína después del aumento del precio de esta droga a comienzos del año 2001. Degenhardt y sus colaboradores (2005a) señalaron que hubo una concomitante reducción de la frecuencia del consumo autodenunciado de heroína entre los usuarios habituales de drogas inyectables (UDI) y una disminución del número de agujas y jeringas distribuidas, así como una importante reducción de la cantidad de defunciones por sobredosis de opiáceos.

En algunos países, la tendencia en el uso de cannabis es seguida de una tendencia similar en el uso de otras drogas ilegales. Los datos anuales sobre conscriptos varones suecos (menores de 18 años) entre los años 1976 y 2005 muestran una tendencia paralela en el uso de cannabis y el de anfetaminas (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2007), al igual que los datos anuales de los años 1990 a 2005 sobre el uso de cannabis, anfetaminas, éxtasis y cocaína por adolescentes noruegos (Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, 2008). Sin embargo, los datos de los Estados Unidos de América no concuerdan por completo con esta descripción. La marcada disminución del uso de cannabis en los Estados Unidos de América durante los años ochenta fue seguida de un aumento en los noventa. Se observa un patrón algo similar en el uso de alucinógenos y opiáceos en este período, mientras que la tendencia en el uso de cocaína se desvió de este patrón (Bauman y Phongsavan, 1999).

Una tendencia más reciente ha sido el incremento del uso de psicofármacos con propósitos no médicos (Compton et al., 2005b; Fischer et al., 2006; Fischer y Rehm, 2007), en particular de morfina, oxycodona, codeína e hidromorfona. En los Estados Unidos de América, Canadá y Australia, esta tendencia puede vincularse con disminuciones de la disponibilidad de heroína, pero, como se señala en el capítulo 12, también puede ser resultado de una mayor comercialización y disponibilidad de una serie de psicofármacos. Por ejemplo, como uno de los mayores productores de opio legal para propósitos medicinales, India se ha convertido en uno de los mayores consumidores del mundo de opiáceos ilegales a causa de la desviación del cultivo lícito (Paoli et al., 2009b).

En un estudio transnacional (Smart y Murray, 1983), se examinaron las tendencias en el uso problemático de drogas en relación con la prosperidad (por ejemplo, los ingresos medios), el desempleo y los servicios de salud. En los cinco países estudiados (Canadá, Estados Unidos de América, Hong Kong, el Reino Unido y Suecia), los indicadores del uso de drogas se correlacionaban positivamente con mediciones de la prosperidad y negativamente con el desempleo y el uso de los servicios de salud. Las tendencias también pueden reflejar cambios en cohortes específicas en cuanto a las preferencias en el uso de drogas en un determinado lugar. De ese modo, un estudio de las preferencias en el uso de drogas entre personas detenidas en barrios pobres de la ciudad de Nueva York encontró que los

cambios en las normas y las preferencias afectaban el inicio del consumo y la prevalencia del uso problemático de drogas (Golub y Johnson, 1999).

3.4.1 Epidemias de drogas

En algunos casos, se han observado aumentos muy notables del uso de drogas, a menudo llamados “epidemias” (Golub y Johnson, 2005) o “brotes epidémicos” (Parker et al., 1998). Por ejemplo, en barrios pobres de Chicago el número de usuarios que se inyectaban heroína aumentó en forma particular a fines de los años cuarenta (Hughes et al., 1972), mientras que la cantidad de casos nuevos disminuyó de manera marcada durante los años cincuenta. Otro ejemplo es lo sucedido en Wirral, Merseyside, Inglaterra, donde, a comienzos de los años ochenta, la prevalencia de usuarios de heroína incrementó desde casi cero a alrededor de 4.000 en un período de seis años (Parker et al., 1998). El aumento muy rápido del uso de heroína, como el observado en los Estados Unidos de América y en el Reino Unido, ha sido explicado según dos procesos simultáneos: 1) la propagación mediante el contacto personal entre usuarios experimentados y principiantes (microdifusión); y 2) el desplazamiento de proveedores y traficantes a zonas vecinas (macrodifusión) (Parker et al., 1998).

Ejemplos más recientes de aumentos notables del uso de drogas corresponden a países de Europa Central y Oriental. En la Federación de Rusia, el número de casos nuevos de dependencia de drogas aumentó de 3 a 51 por cada 100.000 habitantes durante los años noventa (Poznyak et al., 2002), lo que significa que la prevalencia de la dependencia de drogas a fines del milenio llegó a un nivel que en la Federación de Rusia era de dos a cinco veces superior al observado en la mayoría de los países de la Unión Europea. Entre los adolescentes, la incidencia de la dependencia de drogas se multiplicó por 17 entre los años 1991 y 2000 (Poznyak et al., 2002). También se observó un incremento significativo, aunque menos espectacular, del uso de drogas ilegales y el uso problemático de drogas en la República Checa y Eslovaquia (Csémy et al., 2002), en los estados bálticos y Polonia (Lagerspetz y Moskalewicz, 2002), en Hungría, Rumania y Moldova (Elekes y Kovács, 2002) y en Eslovenia (Flaker, 2002).

3.5 Prevalencia del uso de drogas por jóvenes

En la mayoría de las culturas, existe una particular preocupación por el consumo de drogas por los jóvenes, que son considerados más vulnerables. Por esta razón, al igual que por el relativamente fácil acceso a los adolescentes mediante encuestas escolares, hay numerosos estudios que describen el uso de drogas en poblaciones de jóvenes. El Proyecto Escolar Europeo sobre Alcohol y Drogas (ESPAD por sus siglas en inglés) es una investigación integral en colaboración que abarca 38 países europeos (además de los datos para comparación de los Estados Unidos de América). Se han realizado encuestas escolares en cuatro momentos (años 1995, 1999, 2003 y 2007) aplicando las mismas estrategias de muestreo y cuestionario (Hibell et al., 2009) en muestras de jóvenes de 15 a 16 años de edad. Estos datos del año 2007 revelan que el cannabis es la droga consumida con más frecuencia por los adolescentes (cuadro 3.3), pero el uso del cannabis varía considerablemente en los distintos países. El uso de inhalantes era más frecuente que el uso de drogas ilegales distintas del cannabis en la mayoría de los países. También hay que destacar que el uso no médico de fármacos de venta con receta (ansiolíticos) era más frecuente que el uso de drogas ilegales distintas del cannabis en la mayoría de los países (cuadro 3.3). En todos los países, más de la mitad de los estudiantes informaron que habían usado cannabis menos de 10 veces en su vida.

En un examen de encuestas de estudiantes efectuadas en 36 países (Smart y Ogborne, 2000), el cannabis fue la droga ilegal informada con más frecuencia. Los países con una proporción elevada de uso de cannabis (> 15%) incluyeron a Canadá, los Estados Unidos de América, Australia, la República Checa y algunos países de Europa Occidental. Las encuestas realizadas en Sudáfrica (Parry et al., 2004), Nigeria (véase un examen en Omoluabi, 1995), Líbano (Karam et al., 2000) y países latinoamericanos (Dormitzer et al., 2004) también muestran que el cannabis es la droga ilegal consumida con más frecuencia. No obstante, esta tendencia general no se aplica a todos los países. En varios países latinoamericanos, más adolescentes señalaron que usaban inhalantes, en comparación con el cannabis u otras drogas ilegales (Dormitzer et al., 2004). Una encuesta entre adolescentes chinos (Liu et al., 2001) reveló que eran más los que informaban el uso de heroína y solventes que los que señalaban que consumían cannabis.

El cuadro 3.4 muestra que en los distintos países existe una correlación significativa ($r = 0,70$) entre la proporción de estudiantes que informan el uso de cannabis y el promedio de veces en que habían usado cannabis (cálculos basados en los datos publicados por el ESPAD). Además, la proporción de usuarios frecuentes de cannabis (más de 10 veces en su vida) está muy correlacionada ($r = 0,95$) con la proporción de usuarios de cannabis. Estos datos implican que los adolescentes tienden a usar cannabis con más frecuencia en los países donde una proporción mayor de sus compañeros han probado el cannabis alguna vez. Por supuesto, esto también podría explicarse por las diferencias en los precios y en la prosperidad.

Hay también correlaciones significativas entre la proporción de estudiantes que informan una experiencia en toda la vida con el cannabis y una experiencia en toda la vida con cualquier otra droga ilegal ($r = 0,75$) y la frecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas se correlaciona con la prevalencia del uso de cannabis ($r = 0,38$) y el uso de otras drogas ilegales ($r = 0,46$). Por el contrario, no se encontró una correlación significativa entre las proporciones que informaron el uso de cannabis y las que informaron el uso de inhalantes, ansiolíticos sin receta o tabaco (cuadro 3.4). En otras palabras, la prevalencia de todos los tipos de uso de drogas ilegales tiende a ser más elevada en los países donde está más difundido el consumo de cannabis, mientras que el uso de cannabis y otras drogas tiende a ser más frecuente en los países donde los adolescentes ingieren bebidas alcohólicas con más frecuencia. En contraste, el uso de inhalantes, el consumo frecuente de tabaco y el uso de ansiolíticos no varían sistemáticamente con el uso de drogas ilegales en los distintos países (cuadro 3.4). La comparación de los datos del ESPAD con las paridades de poder de compra en los distintos países (excepto en los países nórdicos, donde son bajas las tasas de uso) demuestra que existe una correlación positiva significativa entre ambos; cuanto más elevado es el poder de compra en un país, más alta es la prevalencia y la frecuencia del uso de cannabis.

3.6 Tendencias en el uso de drogas por los jóvenes

Se sabe poco acerca de las causas de los aumentos y las disminuciones del uso de drogas en una población. Los datos obtenidos en cuatro momentos por el ESPAD entre los años 1995 y 2007, por ejemplo, mostraron que la proporción de estudiantes que informaban alguna experiencia en toda la vida con el cannabis aumentó en algunos países de Europa Oriental, pero permaneció estable o disminuyó en otros 11 países (Hibell et al., 2009).

Cuadro 3.3 Uso de drogas en toda la vida entre jóvenes de 15 a 16 años de edad de 36 países europeos y los Estados Unidos de América

	Cannabis, % que usó	Cualquier otra droga ilegal, %	Inhalantes, %	Ansiolíticos sin receta, %
Alemania	20	8	11	3
Armenia	3	2	5	nd
Austria	17	11	14	2
Bélgica (Flandes)	24	9	8	9
Bulgaria	22	9	3	3
Chipre	5	5	16	7
Croacia	18	4	11	5
Dinamarca	25	10	6	5
Eslovenia	22	8	16	5
Estados Unidos de América	-	-	-	-
Estonia	26	9	9	7
Finlandia	8	3	10	7
Francia	31	11	12	15
Grecia	6	5	9	4
Hungría	13	7	8	9
Irlanda	20	10	15	3
Islandia	9	5	4	7
Isla de Mann	34	16	17	7
Islas Feroe	6	1	8	3
Italia	23	9	5	10
Letonia	18	11	13	4
Lituania	18	7	3	16
Malta	13	9	16	5
Mónaco	28	10	8	12
Noruega	6	3	7	4
Países Bajos	28	7	6	7
Polonia	16	7	6	18

Cuadro 3.3 (continuación)

	Cannabis, % que usó	Cualquier otra droga ilegal, %	Inhalantes, %	Ansiofíticos sin receta, %
Portugal	13	6	4	6
Reino Unido	29	9	9	2
República Checa	45	9	7	9
República Eslovaca	32	9	13	5
Rumania	4	3	4	4
Rusia	19	5	7	2
Suecia	7	4	9	7
Suiza	33	7	9	8
Ucrania	14	4	3	4

Fuente: Cálculos nuestros basados en datos de Hibell et al. (2009).

n.d. = no determinado.

Al ampliar el marco temporal de la vigilancia de las tendencias en el uso de drogas, los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre el Abuso de Drogas en los Estados Unidos de América revelan una importante tendencia descendente en el uso de la marihuana entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad en ese país entre los años 1979 y 1992, que fue seguida de una tendencia ascendente que se prolongó hasta el año 1988 para luego volver a descender (Harrison, 2001; Jacobson, 2004). Se ha encontrado que las percepciones cambiantes de los riesgos del uso de drogas se correlacionan con modificaciones de las tasas de prevalencia (Johnston et al., 2003). Las encuestas anuales efectuadas entre jóvenes de 15 a 19 años de edad en Noruega muestran que la proporción que informa el uso de cannabis aumentó en forma espectacular a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta y permaneció luego estable hasta mediados de los años noventa, cuando se produjo otro aumento importante (Skretting, 2007; Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, 2008). Las encuestas en jóvenes suizos de 15 años de edad efectuadas entre los años 1986 y 1988 mostraron un aumento significativo de la prevalencia del uso de cannabis (así como de la frecuencia del hábito de fumar y de la ebriedad) durante ese período (Kuntsche, 2004). Las encuestas entre adultos jóvenes griegos (de 18 a 24 años de edad) entre los años 1984 y 1988 también indicaron un aumento considerable del uso de drogas ilegales (Kokkevi et al., 2002). Los datos de encuestas anuales entre conscriptos adultos jóvenes en Suecia entre los años 1970 a 2005 revelan que la proporción que había usado drogas ilegales alguna vez fue bastante estable en los años setenta, disminuyó en los ochenta y volvió a crecer a partir de mediados de los noventa (Centralförbundet for alkohol- och narkotikaupplysing, 2007). Una serie similar de encuestas realizadas en Israel entre los años 1982 y 2001 indican que la prevalencia en toda la vida del uso de drogas disminuyó durante los años ochenta, fue bastante estable durante la mayor parte de los años noventa y aumentó significativamente entre los años 1997 y 2001 (Neumark et al., 2004). Las encuestas entre adolescentes holandeses, por el contrario, muestran un incremento considerable de la proporción que informó el uso de cannabis entre los años 1988 y 1996, pero se produjo una estabilización de las tasas de la prevalencia a partir de entonces (Monshouwer et al., 2005).

Cuadro 3.4 Coeficientes de correlación de Pearson que muestran las asociaciones entre las estimaciones en los países del uso en toda la vida de diversas drogas por los adolescentes

	Cannabis, % que se usó	Cannabis, promedio de veces por estudiante	Cannabis, promedio de veces por usuario	Otra droga ilegal, %	Inhalantes, %	Ansiolíticos sin receta médica, %	Frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas, promedio de veces por estudiante	Fumadores frecuentes (40 o más veces en toda la vida), %
Cannabis, promedio de veces por estudiante	0,95							
Cannabis, promedio de veces por usuario	0,70	0,82						
Otras drogas ilegales, %	0,75	0,73	0,61					
Inhalantes, %	(0,23)	(0,24)	0,33	(0,16)				
Ansiolíticos sin receta médica, %	(0,15)	(0,15)	(0,03)	(0,29)	(-0,23)			
Frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas, promedio de veces por estudiante	0,38	(0,31)	(0,23)	0,46	(0,15)	(-0,11)		
Fumadores frecuentes (más de 40 veces en toda la vida), %	(0,08)	(-0,10)	(-0,24)	(0,13)	(-0,20)	(0,22)	(0,24)	
Fumadores frecuentes (más de 40 veces en toda la vida), %	0,62	0,72	0,71	(0,44)	(0,48)	(-0,22)	(0,38)	(0,05)

Fuente: Cálculos nuestros, basados en datos de Hibell et al. (2004). Las cifras entre paréntesis no son estadísticamente significativas.

Este examen de los datos sobre las tendencias indica que la determinación del uso de drogas entre los jóvenes es relativamente factible y bastante común. En consecuencia, podemos preguntarnos si esos datos proporcionan un indicador útil de la magnitud del uso de drogas en toda la población. En el *Informe Mundial sobre las Drogas* de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2006), los datos provenientes de encuestas en jóvenes han sido aplicados como única base para calcular la prevalencia anual del uso de drogas en la población en general en ciertos países. Los datos de una serie de países europeos han mostrado una correlación bastante elevada entre estimaciones del uso ocasional de drogas en poblaciones de adolescentes y adultos (UNODC, 2006). Sin embargo, no sabemos si sucede lo mismo en otras partes del mundo.

¿En qué medida el uso ocasional de drogas entre los jóvenes es un indicador del uso problemático de drogas en una población? Sobre la base de los datos de 16 países europeos, encontramos solo una correlación moderada ($r = 0,31$) entre la proporción de adolescentes que informan el uso de alguna droga ilegal y la tasa de usuarios problemáticos de drogas en la población (este cálculo se basa en los datos del ESPAD sobre el uso ocasional de drogas por los adolescentes y los datos del EMCDDA sobre la prevalencia del uso problemático de drogas). Los datos sobre las tendencias de la prevalencia del uso ocasional de drogas por adolescentes y el número de usuarios problemáticos de drogas también indican que estos no están correlacionados significativamente. Por ejemplo, los datos de Suecia muestran que el número estimado de usuarios problemáticos (“consumidores excesivos”) de drogas aumentó 27% desde los años 1979 a 1992 y 37% desde los años 1992 a 1998, mientras que la prevalencia del uso ocasional de drogas entre conscriptos jóvenes disminuyó en una tercera parte desde fines de los años setenta hasta comienzos de los noventa, y luego se incrementó a fines de los noventa para alcanzar casi el mismo nivel que tenía a fines de los setenta (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2007). No obstante, la interpretación de estas relaciones se complica por el hecho de que es probable que exista una brecha temporal de un decenio o más entre los aumentos en el uso de drogas por los adolescentes y los cambios concomitantes en las tasas de usuarios problemáticos.

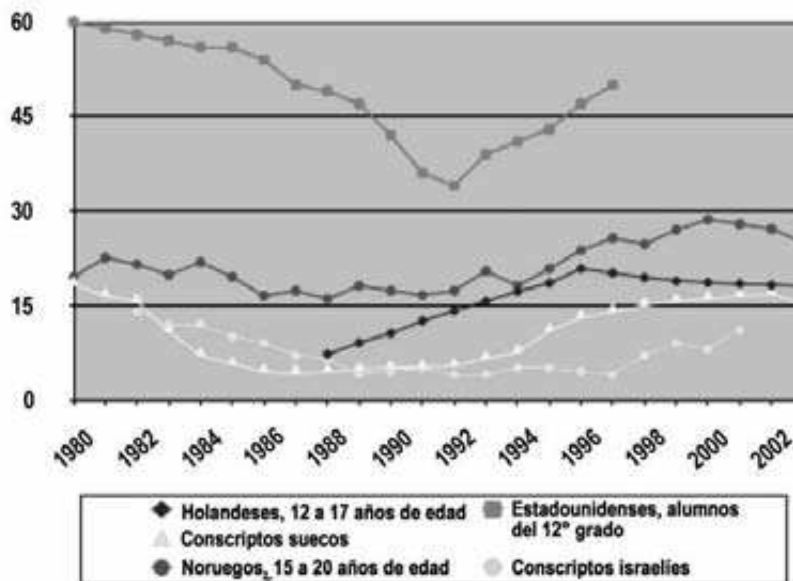
En síntesis, las encuestas nacionales revelan que el uso ocasional de drogas entre los jóvenes puede variar considerablemente en el transcurso del tiempo, con ciclos de aumento y disminución que duran decenios o, incluso, una generación. Además, las tendencias en el uso ocasional de drogas parecen reflejar las tendencias en la población adulta, pero probablemente no reflejen los cambios en la prevalencia del uso problemático de drogas en el transcurso del tiempo. Las comparaciones de las tendencias a largo plazo en el uso ocasional de drogas entre los jóvenes en distintos países (figura 3.1) al igual que las comparaciones de las tendencias en un período más breve (datos del ESPAD desde los años 1995 a 2003; véase Hibell et al., 2009) indican que no existe una tendencia uniforme en el uso de drogas por los adolescentes. En ese sentido, parece probable que las tendencias en el uso de drogas por los adolescentes en diversos países no solo son impulsadas por fuerzas comunes sino también afectadas por cambios sociales, políticos, legislativos y del mercado de drogas particulares de cada país.

3.7 Variaciones en el uso de drogas en las poblaciones

En las poblaciones, el uso de drogas está distribuido en forma irregular y las tasas de prevalencia varían considerablemente con factores demográficos y las condiciones sociales, del comportamiento y de salud mental. Al estudiar estas variaciones, los epidemiólogos pueden proporcionar información

útil para guiar la formulación de políticas sobre las drogas mejor fundamentadas para la prevención y el tratamiento.

Figura 3.1 Tendencias en el uso de drogas en diversas poblaciones de jóvenes en el transcurso del tiempo. Porcentaje que informa el uso en toda la vida de cannabis, por año



Fuente: Holadés 12-17: Monshouwer et al. conscriptos suecos de 2005: Fundamental para bundet para alkohol-och narkotikaupplyshing 2007. Noruego 15-20: Instituto Noruego para Investigaciones del Alcohol y Drogas del 2008. Estados Unidos de América 12º grado; MacCoun y Reuter, 2001b conscriptos israelíes: Neumark et al., 2004.

Notas: Los datos han sido interpolados en las series holandesas (que abarcaron datos puntuales para los años 1988, 1992, 1996, 1999 y 2003), en las series de datos sobre conscriptos suecos (donde faltaban datos para los años 1989, 1990 y 1991) y en las series noruegas (donde faltaban datos para el año 1990). En las series israelíes, la prevalencia en toda la vida corresponde al uso de drogas ilegales. Como el cannabis es la droga usada más frecuentemente en esta población, se supone que la serie refleja bastante bien las tendencias del uso de cannabis en toda la vida.

3.7.1 El sexo

Las encuestas escolares entre adolescentes efectuadas en Europa, América del Norte y Australia indican que, si bien la prevalencia del uso de drogas ilegales es más elevada entre los niños que entre las niñas, las diferencias según el sexo en general son más bien pequeñas (véase, por ejemplo, Hibell et al., 2009 para los datos del ESPAD y Bauman y Phongsavan, 1999 para una comparación). Los datos del informe del ESPAD (Hibell et al., 2009) revelan que la relación hombre:mujer es de 1,3 para la prevalencia en toda la vida del uso de cannabis, y de 1,2 para el uso de alguna otra droga ilegal. No obstante, proporciones considerablemente más grandes de hombres que de mujeres informan el uso de drogas ilegales en países en desarrollo como Sudáfrica (Parry et al., 2004). Las encuestas entre adultos muestran efectos más grandes relacionados con el sexo, en comparación con las encuestas entre adolescentes en la misma población. Un estudio (Perkonigg et al., 1998) encontró que, en distintos países (por ejemplo, los Estados Unidos de América, Nueva Zelanda, Corea del Sur y Taiwán), aproximadamente el doble de hombres adultos, en comparación con las mujeres, informaban el uso de drogas ilegales. Se han señalado diferencias similares según el sexo en encuestas de poblaciones adultas en China (Hao et al., 2002) y en países latinoamericanos (Medina-Mora et al., 2006). Los

estudios sobre el uso problemático de drogas también revelan diferencias significativas según el sexo, con una proporción más elevada de usuarios problemáticos entre los hombres, en comparación con las mujeres. Sin embargo, la relación hombre:mujer de los usuarios problemáticos de drogas parece ser más baja en Europa, América del Norte y Australia (alrededor de 2:5), en comparación con lo que se ha informado en algunas países asiáticos (por ejemplo, Nepal, Pakistán, Turkmenistán, China e India) y en México (Medina-Mora et al., 2006). Shrestha (1992) observó que solo uno de veinte adictos a las drogas en Nepal eran mujeres y se han informado resultados similares en Nigeria (Omoluabi, 1995). Un examen del uso de drogas inyectables en países en desarrollo y en transición (Aceijas et al., 2006) reveló que los hombres tendían a constituir la gran mayoría (70% a 100%).

Estas relaciones hombre:mujer sugieren que el riesgo de una transición del uso infrecuente de drogas al uso problemático puede ser más elevado para los hombres que para las mujeres. De manera similar, un estudio en Australia (Lynskey et al., 2003) mostró que, entre quienes habían usado cannabis antes de cumplir 17 años de edad, como adultos jóvenes llegaron al uso o a la dependencia de la droga una proporción de hombres mayor que la de mujeres. Sin embargo, también se puede argumentar que una diferencia decreciente del uso infrecuente de drogas entre jóvenes de ambos sexos (véase, por ejemplo, Sloboda, 2002) refleja un cambio generacional y puede ser seguida de una menor relación hombre:mujer en el uso problemático de drogas cuando ha transcurrido un tiempo suficiente para que algunos de estos usuarios infrecuentes lleguen al uso problemático.

3.7.2 La edad

La edad de los usuarios problemáticos de drogas varía en las distintas sociedades y épocas. Hace más de un siglo, los opiáceos eran usado principalmente por personas de edad mediana y avanzada en los Estados Unidos de América (Kandall, 1996) y en Asia Sudoriental (Berridge y Edwards, 1981). No obstante, en la última parte del siglo XX el uso de drogas se había concentrado abrumadoramente en los adolescentes y los adultos jóvenes (Compton et al., 2005b). Cualquiera que sea la edad, la mayoría de quienes han probado drogas no continúan consumiéndolas. Entre quienes continúan, el tiempo transcurrido desde el comienzo del uso hasta llegar al uso problemático o la dependencia puede ser de varios años, si bien esto tiende a variar según el tipo de droga (Wagner y Anthony, 2002). Como la mayoría de los usuarios problemáticos de drogas continúan su hábito por varios años, en general estos usuarios son adultos jóvenes o de mediana edad (véanse, por ejemplo, Aceijas et al., 2006; Stafford et al., 2006). Esto implica que el uso ocasional de drogas se concentra en los jóvenes y los adultos jóvenes, mientras que el uso problemático o la dependencia constituyen un fenómeno que afecta principalmente a los adultos jóvenes y de mediana edad.

Las investigaciones realizadas en decenios más recientes revelan que, en muchos países, la edad media de los usuarios problemáticos de drogas ha aumentado con el tiempo, al igual que la proporción de personas de mediana edad. Por ejemplo, en Suecia el número de personas sentenciadas por delitos relacionados con las drogas subió a más del triple entre los años 1975 y 2003 y la proporción de estas personas que tenían 25 o más años de edad aumentó de 33% en el año 1975 a 64% en el año 2003 (Centralförbundet for alkohol- och narkotikaupplysning, 2007). En Australia, la edad media de los usuarios de drogas inyectables aumentó de 29 en el año 2000 a 33 en el año 2004 (Stafford et al., 2006) y, entre los UDI de Oslo, Noruega, la edad media se incrementó en casi cinco años en un período de 12 años (de 28 años en el año 1993 a 33 años en el año 2004) (Bretteville-Jensen, 2005).

Se han propuesto tres explicaciones de estas tendencias en la edad: 1) tasas decrecientes de iniciación; 2) más usuarios de drogas que continúan el consumo durante un período más prolongado; y 3) un comienzo más tardío del uso problemático. Por ejemplo, entre los usuarios noruegos de drogas, la edad media para el comienzo del uso de drogas inyectables aumentó de alrededor de 16 años en los años setenta a 25 años después de mediados de los noventa (Bretteville-Jensen, 2005).

3.7.3 Características sociales, del comportamiento y de salud mental

Los usuarios frecuentes y problemáticos de drogas ilegales tienden a ser aquejados por alteraciones de tipo social, del comportamiento y de salud mental que tienen una importancia trascendental para la prevención y el tratamiento. Los antecedentes familiares de uso de sustancias (en especial, el diagnóstico de dependencia del alcohol o de drogas en los progenitores) constituyen un importante factor de riesgo de sufrir trastornos debidos al uso de drogas para los hijos adultos (véase, por ejemplo, Merikangas et al., 1998b). Se ha señalado que gran parte de la acumulación de trastornos debidos al uso de drogas en la familia puede explicarse por la presencia de factores genéticos (Compton et al., 2005b), pero los estudios de epidemiología genética muestran que los genotipos específicos solo pueden explicar una pequeña parte de las tasas de trastornos (por ejemplo, véase Smith et al., 2008). Esto sugiere que existe un proceso más complejo de interacción entre los genes y el entorno durante el período de desarrollo del adolescente. Las características temperamentales más frecuentes en los hijos de padres con dependencia de sustancias son la falta de control del comportamiento y de los sentimientos y la afectividad negativa (Hesselbrock y Hesselbrock, 2006). La primera se manifiesta como impulsividad, hiperactividad, actitudes antisociales, inestabilidad emocional, aburrimiento recurrente y dificultad para calmarse (por sí solo o con ayuda de otros) cuando está alterado. La segunda se expresa como una tendencia a la preocupación y la tristeza. Estas características del temperamento aumentan el riesgo de que el adolescente pruebe las drogas y de que esta experimentación progrese para convertirse en un problema de uso indebido de sustancias. Además de estos factores del temperamento, algunos estudios señalan que las deficiencias cognitivas genéticamente inducidas (por ejemplo, los problemas con el razonamiento abstracto y la memoria) pueden ser más frecuentes en los hijos biológicos de progenitores con dependencia del alcohol y también aumentan el riesgo de sufrir un trastorno debido al uso de drogas posteriormente en sus vidas (Hesselbrock y Hesselbrock, 2006).

Suele ser más probable que quienes inician el uso de drogas ilegales presenten otros comportamientos problemáticos, si bien con frecuencia no están claras la dirección y las características de la causalidad. En consecuencia, es más probable que los usuarios de drogas ilegales adopten (otros) comportamientos delictivos y abandonen la escuela o tengan un rendimiento académico deficiente (Obot y Anthony, 2006; Windle y Wiesner, 2004). Además, los **trastornos debidos al uso de drogas** se asocian estrechamente con problemas de salud mental, alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de la personalidad (Merikangas et al., 1998a; Disney et al., 1999; Compton et al., 2005b). Un examen sistemático de estudios longitudinales de cohortes de la población general (Macleod et al., 2004) reveló que el uso de cannabis y otras drogas se asociaba sistemáticamente con la deserción escolar temprana, una salud mental deficiente, delincuencia y otros comportamientos problemáticos.

Los factores personales y familiares descritos antes también generan el riesgo de que se presenten muchos otros problemas que preocupan a los padres y a los encargados de formular las políticas,

como el fracaso escolar, el acoso entre estudiantes, la violencia, la depresión y el suicidio. Esto significa que no hay forma de identificar específicamente a un grupo de jóvenes con un alto riesgo heredado de uso indebido de sustancias que no esté también expuesto a un elevado riesgo de una serie de otros problemas. De esto se desprende que, si es posible modificar el efecto de estos factores genéticamente inducidos mediante programas de prevención, hay buenas razones para esperar que el uso de drogas fuera solo uno de los resultados afectados positivamente.

Los estudios de los factores de riesgo ambiental y los factores protectores llegan a una conclusión similar. Las investigaciones realizadas desde una serie de perspectivas teóricas (véase Lembke et al., 2009) han identificado varios factores que reducen el riesgo de uso de drogas cuando están presentes y lo aumentan cuando no lo están: los lazos familiares fuertes, la vigilancia de los padres y los maestros, los entornos cotidianos seguros y predecibles, los modelos positivos de conducta, las redes de compañeros sin desviaciones de comportamiento y la participación en organizaciones prosociales (por ejemplo, organizaciones religiosas). Estos factores predicen no solo un riesgo menor de uso de sustancias sino también un riesgo menor de virtualmente todos los demás resultados problemáticos que pudieran experimentar los jóvenes.

3.7.4 La etnicidad y las poblaciones indígenas

A menudo se encuentra que en las sociedades multiculturales el uso de drogas ilegales varía según la etnicidad. Esto ha sido muy bien documentado en los Estados Unidos de América. En Chicago, los brotes de consumo de heroína entre los años 1967 y 1971 fueron más frecuentes en las zonas habitadas por minorías étnicas (afroamericanos y puertorriqueños), en comparación con los barrios habitados por blancos (Hugher, 1977). Por otra parte, las encuestas entre adolescentes estadounidenses muestran que el uso de drogas ilegales es informado con menos frecuencia por personas de ascendencia africana, mexicana y asiática, en comparación con los adolescentes descendientes de europeos (Bachman et al., 1991).

Patterson y sus colaboradores (1999) señalaron que, en el año 1995, las tasas de hospitalizaciones por problemas relacionados con las drogas entre los aborígenes australianos fueron casi el doble de las encontradas entre los australianos no descendientes de aborígenes. En comparación con los 15 años anteriores, hubo una aceleración más rápida de esas tasas entre los aborígenes que entre los australianos descendientes de inmigrantes. Howard y sus colegas (1996) informaron que a una proporción mayor de veteranos de guerra estadounidenses que eran aborígenes se les diagnosticó un trastorno debido al uso de drogas, en comparación con la población total de veteranos. Las encuestas entre adolescentes estadounidenses han revelado una prevalencia considerablemente más elevada del uso de drogas ilegales (así como del uso de otras sustancias) entre los aborígenes, en comparación con otros grupos étnicos (Beauvais et al., 1985; Wallace et al., 2002). Sin embargo, se ha argumentado que esas diferencias reflejan el hecho de que las minorías étnicas a menudo viven en zonas circunscriptas y empobrecidas (Plunkett y Mitchell, 2000). Beauvais y sus colegas (2004) encontraron que el uso de cannabis entre los jóvenes indígenas estadounidenses era algo inferior a las estimaciones nacionales efectuadas a fines de los años setenta, pero, desde ese momento la tasa de prevalencia ha sido sistemáticamente más alta que las estimaciones nacionales. No obstante, las tasas de prevalencia tendieron a seguir las mismas tendencias nacionales.

3.7.5 Características de los barrios céntricos y vecindarios

El uso de drogas tiende a concentrarse en zonas geográficas y vecindarios urbanos con ciertas características. En la ciudad de Nueva York, Chein y sus colegas (1964) observaron que la incidencia del consumo de marihuana y heroína era más alta en áreas con una densidad poblacional relativamente elevada, caracterizadas por la presencia de grupos minoritarios desfavorecidos, pobreza, situación socioeconómica baja, escaso nivel de instrucción escolar, disgregación de la familia y hacinamiento habitacional. Se han señalado observaciones similares en estudios posteriores, que indican que el uso problemático de drogas es más frecuente y está concentrado en los barrios céntricos y los vecindarios más pobres (por ejemplo, véase Bourgois, 2003). Las condiciones de esos vecindarios, como la pobreza, las privaciones, el desempleo y el tipo de vivienda, se asocian con niveles altos de consumo de drogas (Parker et al., 1987; Storr et al., 2004). Los estudios entre jóvenes de la calle, personas sin hogar y usuarios de comedores populares muestran que la prevalencia del uso de drogas ilegales es por lo general alta (Forster et al., 1996; Magura et al., 2000; Teeson et al., 2000; D'Amore et al., 2001). Un estudio realizado en Micronesia (Storr et al., 2004) mostró que era más probable que a los jóvenes les hubieran ofrecido marihuana y anfetaminas si vivían en vecindarios marginales. No obstante, las encuestas han encontrado que el uso de drogas puede ser igualmente frecuente en los suburbios, en comparación con los barrios céntricos y las zonas más rurales (por ejemplo, véanse Forsyth y Barnard, 1999; Saxe et al., 2001) y algunos investigadores (Luthar y D'Avanzo, 1999) han sugerido que el uso experimental de drogas en ciertos países desarrollados puede ser incluso más frecuente entre los jóvenes de los suburbios prósperos.

3.8 Uso de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables, en comparación con otras formas de administración de las drogas, implica un riesgo mayor de consecuencias adversas por dos razones. En primer lugar, muchos usuarios de drogas inyectables comparten las jeringas y agujas y esto aumenta el riesgo de que se propaguen infecciones víricas (por ejemplo, la infección por el VIH y la hepatitis). En segundo lugar, muchos UDI no saben como evitar los riesgos para la salud relacionados con la inyección de drogas o tienen poco interés en evitarlos.

Se ha estimado (Aceijas et al., 2004) que, en el año 2003, unos 13 millones de adultos en todo el mundo (0,03% de la población adulta) eran UDI, de los cuales 8 de cada 10 vivían en países en desarrollo y en transición. Se encontró que la proporción de UDI en la población adulta variaba considerablemente según los países; las proporciones estimadas fueron particularmente elevadas (~1% a 2%) en varios países de Europa Oriental (por ejemplo, Rusia, Estonia, Polonia y Ucrania), pero generalmente son más bajas (< 0,2%) en la mayoría de los países africanos y latinoamericanos. Se ha producido un cambio en la vía de administración de los opiáceos en muchos países asiáticos y numerosos usuarios han pasado de fumar o inhalar la sustancia a inyectarla (McCoy et al., 2001). En Europa Central y Oriental, así como en Tailandia y la India, la mayoría de los usuarios de opiáceos se inyectan la droga, mientras que en China los usuarios de opiáceos no se inyectan la droga (McCoy et al., 2001; Hao et al., 2004). En Nepal, la heroína ha dominado el escenario de las drogas. A fines de los años ochenta, hubo un gran aumento de la proporción de usuarios de heroína que se inyectaban la droga (Shrestha, 1992). En Sudáfrica, los usuarios de heroína principalmente fuman la droga (Parry et al., 2002). En la Unión Europea, la proporción de usuarios de heroína que se inyectan la droga es relativamente pequeña en

algunos países (por ejemplo, los Países Bajos, España y Portugal), mientras que en otros países (por ejemplo, Dinamarca, Suecia, el Reino Unido y varios de los estados miembros nuevos) la mayoría de los usuarios de heroína son UDI (EMCDDA, 2005). En la anterior Checoslovaquia, el opioide usado con más frecuencia, la codeína en analgésicos compuestos (vendidos sin receta médica), era principalmente administrada mediante inyección, como sucedía con las anfetaminas (Nerad y Neradova, 1991). Estudios más recientes efectuados en la República Checa y la República Eslovaca indican que la inyección es la vía más común de administración de la heroína y las anfetaminas (Csémy et al., 2002). No se conocen las razones de estas amplias variaciones en el uso de drogas inyectables, pero es probable que se relacionen con la disponibilidad de equipo para la inyección, las tradiciones nacionales (por ejemplo, en China) e influencias idiosincrásicas en las redes de usuarios de drogas.

3.8.1 Uso de múltiples drogas

A menudo se encuentra que los usuarios problemáticos de drogas no consumen una sola droga sino múltiples tipos de drogas, con frecuencia con distintos efectos psicoactivos, como la heroína y las anfetaminas. Las encuestas entre los adolescentes por lo general muestran un considerable traslapeo en el uso de diversas drogas ilegales (véase, por ejemplo, un examen sistemático de esto en Macleod et al., 2004). Entre los usuarios problemáticos de drogas, algunas drogas se usan de manera más o menos concomitante (Farrell et al., 1994; Hafeiz, 1995; Gossop et al., 2000; Basu et al., 2000; Leri et al., 2003). Así, los usuarios de opiáceos a menudo informan que consumen benzodiazepinas (véanse, por ejemplo, Darke et al., 2003; Gossop et al., 2003), cannabis (Budney et al., 1998) y estimulantes (Barrio et al., 1998; Lawal et al., 1998; Hsert et al., 2003). De particular importancia para los programas de tratamiento en muchos países es la observación de que los usuarios problemáticos de drogas en general son usuarios de múltiples drogas, con un considerable traslapeo con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

3.9 Trayectorias individuales y progresión en el uso de drogas

3.9.1 La hipótesis de la droga de iniciación

Los estudios longitudinales (tanto prospectivos como retrospectivos) han señalado una secuencia predecible del uso de drogas, que se refleja en la iniciación de tipos similares de uso de drogas en el transcurso del tiempo. El cannabis tiende a ser la primera droga ilegal usada, seguida de las anfetaminas (u otros estimulantes) y luego otras drogas (véanse, por ejemplo, Kandel y Davies, 1996; Kenlel et al., 2001; Novins et al., 2001; Kandel y Yamaguchi, 2002; Li et al., 2002). No obstante, hay que destacar que el uso de cannabis por lo general es precedido por el uso de sustancias legales, principalmente alcohol y/o tabaco (Golub y Johnson, 2001; Kandel y Yamaguchi, 2002) y se ha sugerido que el alcohol (por ejemplo, Bretteville-Jensen et al., 2008) y el tabaco (Breenstock y Rahav, 2002; Siqueira y Brook, 2003) sirven como drogas de iniciación para el uso de cannabis. También hay que señalar que la mayoría de los usuarios de cannabis no avanzan al uso de otras drogas, como implican las cifras globales que muestran que por lo menos existen cuatro veces más usuarios de cannabis que consumidores de otras drogas. Hall y Lynskey (2005) examinaron los datos sobre las sustancias que sirven como drogas de iniciación y observaron que el uso de cannabis precede al uso de otras drogas ilegales y que, cuanto más temprano sea el inicio del consumo de cannabis y mayor la frecuencia del consumo,

más grandes son las probabilidades del uso de otras drogas ilegales. La pregunta es entonces si el uso de cannabis es un factor causal del uso posterior de otras sustancias ilegales (por ejemplo, drogas “duras”). Otra posibilidad es suponer que las transiciones observadas de un tipo de drogas al siguiente podrían obedecer a factores comunes no observados que influyen en el uso de varios tipos de drogas (Fergusson et al., 2006; Bretteville-Jensen et al., 2008). Varios estudios han abordado esta cuestión, teniendo en cuenta un posible “tercer factor” como explicación, pero los resultados no son coherentes. Algunos estudios indican un efecto causal modesto (por ejemplo, van Ours, 2003; Fergusson et al., 2006; Bretteville-Jensen et al., 2008), mientras que otros no detectan ninguno (por ejemplo, Morral et al., 2002). En consecuencia, no está claro si la transición del cannabis a otras drogas se debe a una mayor sensibilidad a otras drogas o a la exposición a usuarios y traficantes de otras drogas. Cualquiera que sea el caso, la mayoría de los usuarios de cannabis no inician el consumo de otras drogas ilegales.

3.9.2 “Historia natural” del uso de drogas

En este capítulo ya se ha señalado que la mayoría de los usuarios jóvenes de drogas tienden a consumirlas esporádicamente y luego abandonan el consumo. Si han evitado consecuencias adversas de la ilegalidad del comportamiento, la mayoría de ellos sufren pocos daños. Un análisis de 48 estudios longitudinales de la población en general encontró que no existían pruebas de una sólida relación causal entre el uso de cannabis por los jóvenes y un daño psicosocial (McLeod et al., 2004).

Poco se sabe acerca de cómo se produce y cambia con el tiempo el uso de cannabis, especialmente en respuesta a servicios de tratamiento o sanciones penales. Los estudios de seguimiento a largo plazo de usuarios problemáticos de drogas son raros. Un estudio (Hser et al., 2001) encontró que, tres decenios después de recibir tratamiento por dependencia de la heroína, 48% de los consumidores habían fallecido. Entre el 52% de los usuarios que sobrevivieron durante el período de seguimiento, casi la mitad ya no usaban la droga y uno de cada seis eran usuarios cotidianos de drogas. Sin embargo, la muestra fue seleccionada en una institución de tratamiento y no sabemos cómo este episodio particular de tratamiento u otras intervenciones afectaron el curso del uso de drogas. Otro estudio de seguimiento de usuarios de heroína (Robins y Slobodyan, 2003) encontró que, entre veteranos de guerra que habían usado heroína mientras estaban en Viet Nam, la mayoría (76%) no consumió heroína después de regresar a los Estados Unidos de América. La característica de quienes recayeron en el uso de heroína cuando ya estaban de regreso en los Estados Unidos de América fue el comportamiento antisocial tanto antes de ir a Viet Nam como mientras estuvieron en ese país.

3.10 Conclusiones

La mayoría de las investigaciones sobre las dimensiones, la distribución y las tendencias del uso de drogas provienen de una cantidad limitada de países prósperos, principalmente de América del Norte y Europa Occidental y de Australia. Una perspectiva mundial del uso de drogas se ve obstaculizada no solo por esta desproporcionada concentración de la atención de la investigación sino también por cálculos imprecisos de incierta comparabilidad. Aun así, aparentemente no hay duda de que hay diferencias considerables en las dimensiones del consumo de drogas y del uso problemático de estas entre los países y regiones del mundo. Esas diferencias a nivel de la población reflejan variaciones en los mercados de drogas y la disponibilidad de estas, en la legislación y en las condiciones políticas, económicas y sociales. Hay pruebas abrumadoras en las investigaciones epidemiológicas realizadas

en los últimos 50 años de que la adolescencia es el período de mayor riesgo de iniciación del uso de drogas (Compton et al., 2005b). No obstante, la mayoría de quienes han probado drogas ilegales no continúan usándolas.

En las poblaciones, el uso de drogas y, en particular, el uso problemático están distribuidos en forma desigual. El uso problemático de drogas se produce con más frecuencia entre los hombres y tiende a acumularse en barrios céntricos pobres y vecindarios desfavorecidos de las ciudades. Es más probable que los usuarios problemáticos de drogas, en comparación con otras personas, tengan antecedentes familiares de problemas de uso de sustancias y presenten comportamientos delictivos y problemas de salud mental. El uso problemático de drogas rara vez se limita a una sola sustancia y es también parte de una modalidad de uso de múltiples drogas.

En consecuencia, el uso de drogas y los problemas relacionados con ese uso no se presentan al azar. A veces es más probable que algunos países y algunos vecindarios tengan tasas elevadas de uso de drogas y es más probable que algunos individuos inicien y continúen el consumo masivo de drogas. El hecho de que el uso problemático de drogas está con mucha frecuencia entremezclado en una compleja red de otros problemas sociales, a nivel tanto del individuo como de la sociedad, implica que las estrategias para prevenir el uso de drogas o los daños que este causa deben abordar esta complejidad. Los enfoques que evalúan el problema en dos ejes —el uso de sustancias por una parte y, por otra, los problemas— y analizan sus interrelaciones en el contexto sociocultural (Room, 1989), pueden proporcionar un panorama más exacto del problema al integrar en el análisis la oferta de drogas, las variaciones individuales y contextuales, las percepciones sociales del problema y las políticas concernientes a las drogas.

4. Daños asociados con el uso de drogas ilegales

4.1 Principios generales al evaluar los daños

Para muchos encargados de formular las políticas, investigadores y ciudadanos comunes y corrientes, el uso de drogas en sí es una preocupación menor que la que causan los problemas que lo acompañan: trastornos crónicos de salud, transmisión de enfermedades infecciosas, delitos patrimoniales y disgregación de las familias, para nombrar solo algunos ejemplos. En este capítulo se sintetiza lo que se sabe acerca de las dimensiones de los riesgos para la salud y los daños sociales asociados con el uso de drogas. Comenzaremos por establecer cuatro puntos conceptuales.

En primer lugar, usamos el término *asociado* deliberadamente. En la ciencia, asociado significa que se produce simultáneamente y no implica necesariamente que la dirección causal de la asociación sea sencilla, clara o conocida por completo. Uno de los puntos clave de este capítulo es que los mismos tipos de uso de drogas pueden causar distintos tipos de daños según los contextos culturales y de políticas en los que se produce el uso de drogas. Si bien en un sentido es lógico suponer que una sobredosis mortal en alguien que se inyecta heroína fue “causada por el uso de la droga”, en un nivel más profundo la muerte puede haber sido determinada en parte por la disponibilidad de heroína en la comunidad, cambios recientes en la pureza de la droga o el hecho

de que las políticas locales apoyaran o no la disponibilidad de **naloxona** en todas las ambulancias.¹ Estos factores contextuales tienen muchos aspectos, pero, por lo menos uno de ellos, es el régimen existente de políticas sobre las drogas. Por consiguiente, las elecciones de los encargados de formular las políticas pueden influir en la solidez con que el uso de drogas se asocia con los diversos daños descritos en este capítulo. Desde el punto conceptual, los daños por el uso de drogas en sí pueden distinguirse de los daños que resultan de las respuestas políticas y sociales al uso de drogas (Fischer et al., 1997), aun cuando la distinción tal vez no sea tan clara en la práctica.

En segundo lugar, “daño” es un concepto tanto subjetivo como normativo en el que influye la valoración social y cultural. Un tipo de daños directamente relacionado con el uso de drogas ilegales que es reconocido por una sociedad (por ejemplo, la intoxicación por cannabis en entornos sociales) quizás no sea considerado un daño en otra sociedad debido a un contexto sociocultural diferente. Las medidas políticas establecen implícitamente esas distinciones, por ejemplo, al castigar algunos daños que son considerados aceptables (como encarcelar a un traficante de drogas que vendió una dosis mortal de heroína) y al tratar de reducir otros daños que se consideran no aceptables (por ejemplo, asaltos callejeros y delitos patrimoniales realizados por delincuentes dependientes de drogas).

En tercer lugar, podemos distinguir daños *agudos y a largo plazo*. La intoxicación, la sobredosis y los traumatismos causados por accidentes de tránsito inducidos por el consumo de drogas son daños agudos porque se producen inmediatamente después del uso de las drogas. Consecuencias tales como la dependencia o la endocarditis se presentan con el uso a largo plazo o la participación en el uso de drogas. Nótese que algunos daños a largo plazo, como la infección por el VIH o por el virus de la hepatitis C (VHC), también pueden presentarse después de una sola ocasión de uso de droga; sin embargo, la ocasión única comúnmente es solo una de múltiples ocasiones para el usuario individual que se infecta. Está empíricamente documentado que el tiempo de exposición al uso de drogas permite predecir la probabilidad de que se produzcan esas enfermedades (Amon et al., 2008).

Por último, los usuarios de drogas ilegales difieren enormemente en cuanto a sus preferencias por las drogas y las modalidades de uso de estas. Los datos en que nos basamos en este capítulo por lo general no incluyen un desglose de “daños” según drogas específicas. No obstante, como se analizó en el capítulo 2, las drogas difieren en cuanto a su potencial de causar daños. Por ejemplo, en muchas de las consecuencias, como las muertes por sobredosis y las enfermedades infecciosas, el cannabis se asocia con un riesgo menor al causado por otras sustancias (Hall y Pacula, 2003). Sin embargo, al analizar categorías amplias de drogas, se debe tener en cuenta que en muchas sociedades el uso de múltiples drogas es la norma y no la excepción. El uso de múltiples drogas a menudo se vincula con consecuencias más graves y con frecuencia incluye también sustancias legalmente disponibles (por ejemplo, el alcohol y las benzodiazepinas).

¹ La naloxona contrarresta los efectos de la heroína y, por lo tanto, cuando es administrada en un caso de sobredosis puede evitar la muerte.

Como se señaló en el capítulo 1, este libro adopta una amplia perspectiva de bien público acerca del uso de drogas ilegales. No obstante, muchos de los datos con que contamos sobre los daños asociados con el uso de drogas provienen de registros sanitarios como las estadísticas de la morbilidad y la mortalidad. Esto necesariamente desplaza el análisis que sigue hacia el marco más restringido de los daños para la salud.

4.2 Morbilidad y mortalidad

En las estadísticas sanitarias de los registros de hospitales, los certificados de defunción y otras fuentes, muchos datos de la morbilidad o la mortalidad se asocian de algún modo con el uso de drogas, pero solo en algunos casos se definen los resultados como causados 100% por el uso de drogas. En los resultados no totalmente atribuibles al uso de drogas, una fracción de los casos atribuibles a la droga (FAD) debe ser determinada. Las FAD denotan la proporción de un resultado que desaparecería si no ha habido consumo de drogas. Las FAD por lo general se basan en la prevalencia y la intensidad de la exposición, combinadas con relaciones de riesgo derivadas de los meta-análisis (véanse, por ejemplo, English et al., 1995) o más frecuentemente derivadas directamente de **meta-análisis** sobre medidas directas de la prevalencia del involucramiento con drogas. Los estudios subyacentes han sido realizados en un pequeño grupo de países y no se puede suponer que las FAD serán las mismas en sociedades diferentes ya que son afectadas por la prevalencia y las causas de casos con diagnósticos no relacionados con las drogas y por las diversas circunstancias de la presencia de casos relacionados con las drogas. Sin embargo, las FAD derivadas de estos meta-análisis son actualmente los mejores datos que tenemos para estimar los daños para la salud vinculados con las drogas. En el examen de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las drogas expuestas a continuación, hemos organizado los resultados por clases sustantivas de enfermedad o defunción y según las consecuencias agudas o a largo plazo del uso de drogas. Se incluyen comentarios sobre la dinámica de la asociación o causalidad cuando son pertinentes.

Se pueden distinguir cinco clases de morbilidad y de mortalidad para los propósitos de este capítulo: 1) la sobredosis, 2) otros daños, 3) una enfermedad física no transmisible, 4) trastornos mentales y 5) enfermedades infecciosas. Si bien estas tres últimas categorías son normalmente resultados a largo plazo, los daños, ya sean intencionales o no intencionales, por lo general se producen durante una sola ocasión de uso de drogas o después de ella. Varios otros daños diferentes están asociados con el uso de drogas ilegales (Chermack y Blow, 2002; MacDonald et al., 2003) y pueden producirse independientemente de la prolongación o la regularidad del uso de drogas.

4.2.1 La sobredosis

Un tipo de daños relacionado con el uso de drogas ilegales es la intoxicación con drogas o la sobredosis. Las sobredosis de drogas ocupan un lugar importante entre las causas de mortalidad relacionadas con las drogas. Si bien algunas categorías de drogas ilegales (por ejemplo, el cannabis) no generan un riesgo de muerte por sobredosis, los usuarios de muchas otras drogas ilegales están expuestos a un riesgo elevado de mortalidad (Darke et al., 2007). Las sobredosis vinculadas con el uso ilegal de opioides básicamente son causadas por depresión respiratoria, mientras que las defunciones por sobredosis de cocaína y anfetaminas en general son provocadas por un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. La principal causa de las defunciones vinculadas con la metilenedioxianfetamina (MDMA) es la hipertermia. El uso de inhalantes también puede llevar a una muerte accidental.

Se ha calculado que entre 35% y 50% de los usuarios de drogas inyectables (UDI) han experimentado una sobredosis no mortal en su vida (Darke et al., 1996; Fischer et al., 1999; Tobin y Latkin, 2003). La mayoría de estas sobredosis son accidentales y no intentos de suicidio y a menudo son causadas por la inconstante potencia de los productos ilegales y por las circunstancias peligrosas del uso (por ejemplo, la inyección apresurada). Por ejemplo, una proporción relativamente baja (5%) de sobredosis mortales de heroína que se produjeron en Australia en un período de cinco años fueron oficialmente clasificadas como suicidios (Darke et al., 2000a). Asimismo, 92% de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona en otro estudio australiano informaron que su sobredosis más reciente fue accidental y no intencional (Darke y Ross, 2001). Los sobrevivientes de sobredosis de drogas pueden sufrir trastornos físicos tales como insuficiencia renal, complicaciones cardiovasculares, infecciones pulmonares y trastornos cognitivos (Darke et al., 2000b; Warner-Smith et al., 2001).

Varios estudios han mostrado tasas elevadas de mortalidad de los usuarios de drogas llamados “de alto riesgo” (por ejemplo, los UDI), incluidos los usuarios de opioides ilegales, pero no limitadas a estos. En un análisis, Degenhardt et al., (2004) calcularon que la tasa media anual de mortalidad de usuarios problemáticos de drogas, definidos principalmente como usuarios que se inyectan drogas, era de 1,1%. Otros estudios han identificado una tasa anual de mortalidad de hasta un 2% entre los usuarios problemáticos de drogas (Hser et al., 2001; Darke y Hall, 2005; Darke et al., 2007). En un meta-análisis (English et al., 1995), se encontró que quienes se inyectaban opioides tenían un riesgo de mortalidad 13 veces superior al de la población en general.

Las personas que mueren accidentalmente por sobredosis de drogas ilegales suelen ser adultos jóvenes de entre 25 y 35 años de edad, en su gran mayoría de sexo masculino y con varios años de experiencia en el uso de drogas. La mayoría de las defunciones corresponden a usuarios que consumen las drogas diariamente o casi diariamente y que se administran las drogas mediante la inyección (Darke et al., 2007). El mayor riesgo de muerte por sobredosis se asocia con la pobreza, la falta de hogar, el uso concurrente de otras sustancias (especialmente la coadministración de alcohol, benzodiazepinas o antidepresivos), una salud deficiente, la depresión y antecedentes de sobredosis de drogas (O’Driscoll et al., 2001; Warner-Smith et al., 2001; Darke et al., 2007). Los usuarios de opiáceos que comienzan a usar las drogas nuevamente después de una desintoxicación con éxito están expuestos a un riesgo elevado de muerte por sobredosis (Strang et al., 2003).

El número de defunciones por sobredosis de opioides está aumentando en todo el mundo (Drummer, 2005). Existe preocupación, en particular en los Estados Unidos de América, por las cantidades considerablemente mayores de defunciones por sobredosis en las que han estado implicados opioides de venta con receta. En el año 2002, la cantidad de defunciones por sobredosis asociadas con opioides de venta con receta en los Estados Unidos de América superó al número de muertes vinculadas con la cocaína y la heroína (Paulozzi et al., 2006).

4.2.2 Otros daños: accidentes, intoxicaciones y suicidios

Las drogas afectan negativamente a diversas facultades y aptitudes (por ejemplo, la cognición, la visión, el control psicomotor y el tiempo de reacción) y muchas drogas crean el riesgo de daños no intencionales de diversos tipos. La función de las drogas ilegales en los daños no intencionales está

documentada mejor en los casos de participación en accidentes de vehículos automotores (Drummer et al., 2004; Kelly et al., 2004). Un meta-análisis reciente del uso de cannabis y de cocaína (MacDonald et al., 2003) encontró que la proporción de conductores con traumatismos no mortales que dieron resultados positivos en las pruebas para detectar el uso de cannabis varió entre 5% y 16,9%, mientras que la proporción con resultados positivos para la cocaína fluctuó entre 0,6% y 5,6%. Los porcentajes correspondientes en conductores con traumatismos mortales estuvieron en el mismo intervalo amplio.

Al interpretar estas cifras, es necesario tener en cuenta dos advertencias. En primer lugar, los estudios en cuestión fueron realizados en los Estados Unidos de América y otros países desarrollados durante los años noventa, de tal modo que las proporciones antes descritas reflejan el modelo general de consumo de drogas en esos países y en esa época. En segundo, los resultados tal vez no indiquen las tasas reales de accidentes *causados* por las drogas ilegales ya que las sustancias psicoactivas presentes en el organismo deben estar activas y superar cierta cantidad para provocar un deterioro cognitivo y psicomotor. Aun en ese nivel, algunos de los accidentes no tendrían una relación causal con el uso de la droga.

El último tipo de daños relacionado con las drogas es el daño intencional que resulta de una agresión o de un suicidio intentado o consumado. Está bien establecido que existe una correlación entre las drogas y la violencia. Sin embargo, en esa correlación hay una variedad de posibles relaciones. Una tipología clásica clasifica a las principales relaciones en tres tipos (Goldstein, 1985). La *violencia sistémica* se refiere a la agresión interpersonal entre personas involucradas en el tráfico de drogas. Cuando el mercado es ilegal, el derecho civil no puede hacer cumplir los contratos y acuerdos y la violencia sistémica es un importante instrumento alternativo para exigir el cumplimiento. La *violencia compulsiva de carácter económico* se refiere a la violencia en el transcurso de la actividad delictiva para obtener recursos encaminados a sostener el uso de drogas. Si bien esa violencia también puede ser resultado del acto de obtener drogas legales y otros bienes, a menudo se observa en la literatura que este tipo de violencia se aplica a todas las sustancias para las cuales no existe un mercado legal (Boles y Miotto, 2003). La *violencia psicofarmacológica* se refiere a la generación de comportamientos violentos (o de la victimización por la violencia de otros) por la acción psicobiológica de la droga. Es variable la medida en que las drogas ilegales han sido vinculadas con la violencia psicofarmacológica. Las vinculadas con más frecuencia con esa violencia son las anfetaminas, la cocaína, los barbitúricos y la fenciclidina (PCP), pero hay pocos datos que vinculen a la heroína, la marihuana u otros alucinógenos (Kuhns y Klodfelter, 2009). No obstante, exámenes recientes han concluido que las pruebas de una causalidad psicofarmacológica son débiles aun en el caso de las drogas más comúnmente vinculadas con esa violencia (Tyner y Fremouw, 2008; Kuhns y Klodfelter, 2009).

Las tasas de suicidios consumados e intentados entre los usuarios de drogas ilegales son muy superiores a las correspondientes a la población en general (Hulse et al., 1999; Darke et al., 2007). Los datos obtenidos en cinco ciudades estadounidenses muestran que aproximadamente 36% de los usuarios de drogas inyectables tenían ideas suicidas, mientras que 7% intentaron el suicidio en los seis meses anteriores a la entrevista (Havens et al., 2004). Los usuarios de drogas ilegales, en comparación con la población en general, están expuestos a un riesgo sustancialmente más elevado de factores que propician el suicidio, como la psicopatología, la disfunción familiar y el aislamiento social. Además, el

uso de múltiples drogas ha sido específicamente identificado como un factor de riesgo (Darke et al., 2007). Los intentos de suicidios relacionados con el consumo de drogas pueden ser el resultado del estigma, la marginación, las barreras para el acceso a servicios de salud y otros factores, además de los efectos farmacológicos de la droga.

4.2.3 Enfermedades físicas no transmisibles

Las consecuencias adversas para la salud varían según la droga involucrada y pueden reflejar tanto la marginación del usuario como el uso de la droga en sí (Galea y Vlahov, 2002). El tipo de droga, junto con la vía de administración de esta, también influye en la gravedad de la enfermedad. Por ejemplo, el uso crónico de cocaína y anfetaminas puede conducir a consecuencias cardiovasculares mortales (Darke et al., 2007), mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca asociada con el uso de cannabis probablemente no tenga consecuencias perdurables ya que el efecto disminuye con la tolerancia (Hall et al., 2001). Si bien hay algunas pruebas del efecto adverso del cannabis fumado sobre la función pulmonar (Aldington et al., 2007), su posible contribución al riesgo de cáncer es difícil de determinar porque el uso de tabaco no puede ser excluido como un factor de confusión (Hall et al., 2001). En cuanto a las vías de administración, el uso de drogas inyectables ha sido asociado con cantidades más elevadas de enfermedades físicas no transmisibles. Los usuarios callejeros de drogas, incluidos los UDI y los consumidores de crack por vía oral, presentan tasas muy elevadas de problemas de salud a largo plazo. En un estudio de usuarios de opioides ilegales realizado en cinco ciudades canadienses, 50% de los participantes calificaron su estado de salud como “regular” o “malo” (Fischer et al., 2005), tasa que cuadruplica la encontrada en la población en general.

El dolor físico es frecuente en muchos usuarios de drogas (Rosenblum et al., 2003; Peles et al., 2005) y puede ser parte de una relación bidireccional entre los problemas de salud física y el uso de drogas ilegales. El uso de opioides en sí puede causar hiperalgesia (mayor sensibilidad al dolor). Además, problemas crónicos o graves de dolor (por ejemplo, como resultado de un traumatismo) pueden conducir a una dependencia de los opiáceos prescritos que precede al uso de drogas ilegales, lo que indica la posibilidad de que el uso ilegal de opioides sea consecuencia de problemas de dolor no tratados o tratados de manera inefectiva. Otra posibilidad es que el dolor severo se produzca en el contexto del uso de opioides ilegales o, incluso, como consecuencia de un tratamiento inefectivo (Ives et al., 2006; Manchikanti et al., 2006a).

4.2.4 Trastornos mentales

Los sistemas de diagnóstico tanto nacionales como internacionales definen la dependencia de las drogas como un trastorno mental. En consecuencia, el síndrome de dependencia en sí es registrado como parte del problema de salud mental. Sin embargo, solo a una fracción de los usuarios de drogas se les diagnostica oficialmente la dependencia (Kendler et al., 2000; Lynskey et al., 2003). Además del diagnóstico en sí, se han documentado ampliamente tasas elevadas de trastornos mentales en entornos de tratamiento clínico (véase, por ejemplo, Frei y Rehm, 2002), encuestas de “usuarios callejeros” (por ejemplo, Wild et al., 2005) y encuestas en la población en general (por ejemplo, Kessler et al., 2005). Frei y Rhem (2002) encontraron que 78% de los adictos a los opioides sufrían por lo menos una enfermedad mental concomitante, excluyendo otros **trastornos causados por el uso de las sustancias**. Los trastornos psiquiátricos concomitantes han sido encontrados en la mayoría de los

grupos de usuarios de drogas ilegales. En relación con el consumo de cannabis, en especial el uso frecuente y prolongado, se ha observado una asociación con síntomas psicóticos y se sospecha que el uso de cannabis cumple una función causal como elemento detonador en un pequeño número de episodios psicóticos (Hall et al., 2001; Hall y Pacula, 2003).

Hay pruebas de que la comorbilidad psiquiátrica es considerablemente elevada entre los usuarios de psicoestimulantes. Un estudio encontró que la tasa en toda la vida de la comorbilidad psiquiátrica en una muestra de usuarios de cocaína crack de la comunidad era sustancialmente alta: 36,4% de los integrantes de la muestra presentaron comorbilidad psiquiátrica, principalmente trastornos de personalidad antisocial y depresión (Falck et al., 2004). En una muestra de usuarios de cocaína crack se encontró que hasta 55% presentaban síntomas de depresión entre moderada y grave (Falck et al., 2002).

La asociación entre el uso de drogas y los trastornos mentales puede tener diferentes vías causales subyacentes (Meyer, 1986); el uso de drogas puede ser una automedicación de un trastorno psiquiátrico (Harris y Edlund, 2005). La psicopatología, como los trastornos de la personalidad, puede servir como factor de riesgo de trastornos causados por el uso de drogas. Los trastornos mentales pueden modificar el curso de un trastorno debido al uso de drogas y el uso frecuente puede causar problemas de salud mental (por ejemplo, síntomas de paranoia o psicosis inducida por las drogas). Por último, los factores predisponentes (por ejemplo, la vulnerabilidad genética) pueden conducir tanto al uso de drogas como a trastornos mentales, sin que exista necesariamente un vínculo causal entre ambos. El grado de asociación entre el uso de drogas y el trastorno mental depende del tipo de droga ilegal en cuestión.

En algunos análisis, las tasas de trastornos mentales vinculados con las drogas parecen muy altas porque el diagnóstico de dependencia de las drogas en sí es contado como un trastorno mental. Si lo dejamos aparte, no son obvias las implicaciones para los servicios de salud que tienen las correlaciones encontradas para la política de salud. Es probable que no todo el uso de drogas sea la única causa de trastornos mentales o problemas del comportamiento porque muchos usuarios de drogas tienen antecedentes de trastornos de la personalidad aun antes de comenzar a consumir drogas. Además, las investigaciones clínicas (Meyer, 1986) indican que muchos síntomas psiquiátricos relacionados con drogas (por ejemplo, la depresión y la ansiedad) remiten con la abstinencia, de tal modo que el tratamiento de algunos presuntos trastornos mentales puede ser innecesario fuera del período de abstinencia.

4.2.5 Enfermedades infecciosas

Las prácticas no seguras de inyección, los contactos sexuales sin protección y las inyecciones diarias múltiples aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas, como las causadas por el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el VIH (Hagan et al., 2001; Strathdee et al., 2001; Thorpe et al., 2002). Las tasas de prevalencia de la infección por el VHC entre los usuarios de drogas inyectables varían de un país a otro. En muchos países de altos ingresos, la mayoría de los UDI están infectados por el VHC (Roy et al., 2002; Fischer et al., 2004; Shepard et al., 2005; Aceijas y Rhodes, 2007). La prevalencia de la infección por el VHC entre los usuarios jóvenes de drogas inyectables (por ejemplo, los que llevan menos de cinco años inyectándose drogas) tiende a ser más baja, si bien numerosos estudios han demostrado que la mayor parte de la seroconversión del VHC se produce dentro de uno a

cinco años posteriores al comienzo de la inyección de drogas (Miller et al., 2002; Hagan et al., 2004; Shepard et al., 2005). Las tasas de prevalencia de la infección por el VIH entre los UDI tienden a ser más bajas que las de la infección por el VHC, con valores que fluctúan entre 5% y 30% en muchos estudios, pero esas tasas también presentan una considerable variabilidad según los países y las regiones (Hamers et al., 1997; Fischer et al., 2000; Aceijas et al., 2004; Des Jarlais et al., 2005; ONUSIDA, 2006). Además de los riesgos elevados de enfermedades infecciosas específicas en los UDI, existe una tasa alta de coinfección con distintas enfermedades infecciosas, especialmente las infecciones por el VHC y el VIH (Alter, 2006; Aceijas y Rhodes, 2007).

A partir de estos datos, se puede llegar a dos importantes implicaciones para las políticas. En primer lugar, como las enfermedades infecciosas son frecuentes entre los usuarios de drogas, los servicios clínicos y de prevención pueden beneficiar no solo a los usuarios de drogas sino también a los no usuarios (por ejemplo, los compañeros sexuales de los usuarios de drogas). En segundo lugar, como virtualmente todos los UDI tendrán una o más enfermedades graves después de cinco años de uso de drogas, todo esfuerzo por prevenir las enfermedades debe ser atractivo para los UDI más jóvenes y las primeras admisiones para tratamiento deben ser efectivas.

La infección por el VIH/SIDA es una epidemia mundial, impulsada en parte por el uso de drogas. A fines del 2004, se estimó que había tres millones de usuarios de drogas en Rusia y 300,000 casos de infección por el VIH (Luo y Confrancesco, 2006). Aproximadamente tres de cada cuatro casos de infección por el VIH en Rusia se asocian con prácticas no seguras de inyección de drogas. La mayoría de los UDI en Rusia nunca se han sometido a pruebas para detectar el VIH. La mayoría de ellos carecen de información básica acerca de la transmisión de la enfermedad mediante prácticas no seguras en el uso de drogas y hasta 40% de los UDI comparten equipo no esterilizado (Luo y Confrancesco, 2006). Un escenario similar, aunque más catastrófico en términos de las cifras brutas, se presenta en China. Actualmente, hay 840.000 casos informados de SIDA en China y casi la mitad de ellos corresponden a usuarios de drogas inyectables (Liu et al., 2006). Por último, el uso de drogas también ha estado contribuyendo a la propagación de la infección por el VIH en América Latina (Darke et al., 2007).

4.3 Defunciones y carga de morbilidad atribuibles al uso de drogas ilegales: el ejemplo de Canadá

La identificación de los daños relacionados con las drogas no considera la carga total para la salud que representan las drogas ni la contribución relativa del uso de drogas a esa carga. Estas cuestiones han sido ahora abordadas a nivel nacional y mundial en estudios sobre la contribución del uso de drogas ilegales a la carga de morbilidad. Por ejemplo, en el cuadro 4.1 se muestra la importancia relativa de las distintas categorías de enfermedades en la mortalidad atribuible a las drogas en Canadá en el año 2002 (Popova et al., 2006).

En las defunciones causadas por las drogas ilegales, el principal factor contribuyente fue la defunción por sobredosis accidental, como lo demuestran los informes médicos forenses. En el año 2002, hubo 733 casos de sobredosis en hombres y 225 en mujeres, con un total de 958 defunciones. Esto representó 56,5% del total de defunciones relacionadas con drogas ilegales en Canadá en el año 2002. La mayoría de estas defunciones por sobredosis involucraron el uso de múltiples drogas, incluidos

psicofármacos. En la mayoría de las defunciones por sobredosis, los médicos forenses no pudieron determinar cuál droga causó la defunción. El segundo factor importante que contribuyó a la mortalidad atribuible a las drogas fue el suicidio (17,4% de las defunciones, 146 de hombres y 149 de mujeres), seguido de la infección por el VHC (9,7%, 102 hombres y 62 mujeres) y la infección por el VIH (5,1%, 87 defunciones, 74 de hombres y 13 de mujeres). En general, el estudio canadiense muestra que el uso de drogas ilegales causó tasas de letalidad más altas entre los hombres que entre las mujeres. En el grupo de menores de 60 años de edad, las tasas fueron de 4,6% en los hombres y de 3,0% en las mujeres. Se carece de análisis similares para la mayoría de los otros países (véase un panorama en Degenhardt et al., 2004), pero hay indicios de que las proporciones globales de las diferentes causas de defunciones atribuibles a las drogas son comparables en los países de altos ingresos. La muerte por sobredosis parece ser el principal factor contribuyente a la mortalidad relacionada con las drogas (Darke et al., 2007).

Cuadro 4.1 Fracciones atribuibles a las drogas (FAD), edad media al morir y número de defunciones atribuibles al uso de drogas ilegales en Canadá, en el año 2002

Enfermedad (código de la CIE 10)	FAD, % (todas las edades)	Edad media al morir H	Edad media al morir M	Número de muertes H	Número de muertes M	Total
Enfermedades causadas siempre por el uso de las drogas ilegales						
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11)	100	52,0	-	1	0	1
Cannabinoides (F12)	100	-	-	0	0	0
Cocaína (F14)	100	34,7	37,0	13	1	14
Otros estimulantes, incluida la cafeína (F15)	100	-	FAD	0	0	0
Alucinógenos (F16)	100	-	-	0	0	0
Uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicoactivas (F19)	100	42,0	43,5	43	25	68
Intoxicación por opiáceos y cocaína* (T40.0, T40.5)				733	225	958*
Enfermedades no siempre causadas por el uso de las drogas (FAD <1,0)						
Infección por el VIH (B20-24)	21,6	44,7	41,0	74	13	87
Hepatitis vírica tipo C (B17.1, B18.2)	56,0	58,4	64,3	102	62	165
Hepatitis vírica tipo B (B16, B18.0, B18.1)	26,0	58,0	66,3	11	8	18
Endocarditis aguda y subaguda (I33)	0,14	--	-	1	0	1
Trastornos neonatales; bajo peso al nacer (P02.0-2, P04.8, P05-P07, P96.1)	0,3	0	0	1	0	1

Cuadro 4.1 (continuación)

Enfermedad (código de la CIE 10)	FAD, % (todas las edades)	Edad media al morir H	Edad media al morir M	Número de muertes H	Número de muertes M	Total
Traumatismos no siempre causados por el uso de las drogas (FAD <1.0)						
Accidentes (mortales) de transporte atribuibles al uso de cannabis (V1-V89)	1,4	40,7	45,3	26	13	39
Accidentes (mortales) de transporte atribuibles al uso de cocaína (V1-V89)	0,3	40,4	44,8	6	3	8
Suicidio, lesiones autoinfligidas (X60-X84, Y87.0)	8,3	44,0	43,5	146	149	295
Homicidio (X85-Y09, Y87.1)	9,0	35,6	35,9	28	13	42
Todas las defunciones atribuibles a las drogas		42,9	39,2	1,193	512	1,695

Fuente: Popova et al. (2006).

* Este número total combinado de defunciones por sobredosis no fue subdividido según las drogas individuales porque la mayoría de las defunciones se asocian con el uso de múltiples drogas.

4.4 Carga mundial de morbilidad atribuible al uso de drogas ilegales

En años recientes, por conducto de su Evaluación Comparativa de los Riesgos (ECR; Degenhardt et al., 2004) y como parte del estudio Carga Mundial de Morbilidad (CMM) del año 2000 (Ezzati et al., 2004), la Organización Mundial de la Salud generó estimaciones de cómo el uso de drogas ilegales afecta la salud a nivel mundial. Este trascendental proyecto se concentró en la función causal de algunos factores de riesgo con el fin de evaluar cómo los cambios en la salud de la población y la exposición a los riesgos influyen en los resultados de las enfermedades más importantes. Como la ECR se restringió a una evaluación de la carga de morbilidad, las estimaciones que presentamos excluyen el daño social excepto por las categorías de daños intencionales incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Todas las estimaciones corresponden al año 2000. El estudio restringe la definición de usos de drogas ilegales al uso actual de anfetaminas, cocaína, heroína u otros opioides y al uso de drogas intravenosas. A pesar de estas restricciones, los datos disponibles cubren básicamente la carga de defunciones por sobredosis de drogas y el SIDA entre los usuarios de drogas inyectables.

En el cuadro 4.2 se presenta un panorama de la mortalidad y la carga de morbilidad atribuibles al uso de drogas ilegales. La mortalidad está constituida por la proporción del total de defunciones en la población en el año 2000 atribuible al uso de drogas ilegales. La carga de morbilidad combina los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años de vida perdidos debido a la discapacidad (estos últimos llamados años de vida ajustados en función de la discapacidad o AVAD; véase Murray y López, 1996). En consecuencia, el cuadro muestra que 0,8% de la carga mundial de morbilidad en AVAD fue atribuido a las drogas ilegales. Las drogas ilegales no figuraron entre las 10 causas principales de mortalidad y morbilidad (en AVAD) en ninguna de las regiones en desarrollo y ocuparon el octavo lugar en las regiones desarrolladas.

En las estimaciones para el año 2000, la mortalidad atribuible al uso de drogas ilegales varió según la capacidad económica del país o la riqueza de la subregión: la mortalidad atribuible a las drogas tuvo la fracción más elevada de la mortalidad en los países de altos ingresos. En cuanto a la carga de morbilidad, se observó el mismo gradiente económico, pero este fue aun más pronunciado. Si bien la mortalidad relacionada con las drogas se concentró entre las edades de 15 y 59 años, la edad media en las defunciones atribuibles a las drogas ha aumentado en muchos países de ingresos medianos y bajos, pero este cambio ha sido lento. En general, la carga de morbilidad fue proporcionalmente más elevada que la carga de mortalidad, básicamente porque la morbilidad causada por el uso de drogas es más frecuente en forma diferenciada que otras enfermedades en las poblaciones más jóvenes. A nivel mundial, las tasas de mortalidad y morbilidad son casi tres veces más altas entre los hombres que entre las mujeres. En las regiones desarrolladas, son dos veces más altas, hecho que concuerda con las relaciones hombre:mujer en el uso de drogas problemáticas señaladas en el capítulo 3.

El cuadro 4.3 proporciona un panorama general de las fracciones de las distintas categorías de enfermedades atribuibles al uso de drogas ilegales. Se excluyen los trastornos por el uso de drogas (por ejemplo, las sobredosis y la dependencia) para los cuales la fracción atribuible por definición es siempre de 100%. En cuanto a la infección por el VIH/SIDA atribuible al uso de drogas ilegales, hay grandes discrepancias entre las distintas partes del mundo. Mientras que 13% de la carga de morbilidad por la infección por el VIH/SIDA en los hombres y 68% de la carga de morbilidad por la infección por el VIH/SIDA en las mujeres se atribuyeron en el año 2000 al uso de drogas ilegales en las economías de mercado establecidas, la cifra comparable en los países más pobres es de menos de 1%. Hay que señalar que los países de la antigua Unión Soviética se incluyen entre los países desarrollados en este análisis y que la mayor parte de la carga de morbilidad por la infección por el VIH/SIDA en los países en desarrollo es atribuible a la transmisión sexual.

Cuadro 4.2 Proporciones de la mortalidad y la morbilidad en el 2000 atribuibles al uso de drogas ilegales, como porcentajes de la mortalidad y la morbilidad totales, según el estado de desarrollo de la subregión y según el sexo*

	Regiones en desarrollo con mortalidad elevada			Regiones en desarrollo con baja mortalidad, economías emergentes			Regiones desarrolladas			Todo el mundo		
	Hom-bres	Mu- jeres	Ambos sexos	Hom- bres	Mu- jeres	Ambos sexos	Hom- bres	Mu- jeres	Ambos sexos	Hom- bres	Mu- jeres	Ambos sexos
	África, países más pobres de América del Sur y América Central, regiones más pobres de Asia, incluida la India			Países emergentes de América Central, América del Sur y Asia, incluida China			Europa, América del Norte, Japón, Australia, Nueva Zelandia					
Proporción de la carga de morbilidad (AVAD)	0,8%	0,2	0,5	1,2	0,3	0,8	2,3	1,2	1,8	1,1	0,4	0,8
Mortalidad como proporción del total de defunciones	0,5%	0,1	0,3	0,6	0,1	0,4	0,6	0,3	0,5	0,6	0,2	0,4

Fuente: Cálculos nuestros basados en datos tomados del informe de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud 2002).

* La OMS usó tasas normalizadas de la mortalidad infantil y de adultos para elaborar un sistema de clasificación con el fin de agrupar a las regiones de los países en desarrollo en dos categorías. Como la mortalidad está sólidamente correlacionada con la riqueza, los países de ingresos medianos de Asia y de América Central y América del Sur constituyen los países en desarrollo de baja mortalidad, mientras que los países de ingresos bajos son los países en desarrollo con mortalidad elevada.

Cuadro 4.3 Fracciones de determinados trastornos atribuibles a las drogas, según el sexo y el grado de desarrollo de la región 2000 (% de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para cada causa)*

	Todo el mundo			Países en desarrollo con mortalidad elevada		Países en desarrollo con economías emergentes y baja mortalidad		Países desarrollados	
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hom- bres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Infección por el VIH/sida	4%	1%	2%	0%	0%	28%	9%	43%	68%
Lesiones no intencionales	1%	1%	1%	1%	0%	01%	1%	2%	6%
Lesiones autoinfligidas	5%	2%	4%	10%	2%	1%	0%	5%	9%

Fuente: Cálculos nuestros basados en datos del informe de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2002).

* La OMS usó tasas normalizadas de la mortalidad infantil y de adultos para elaborar un sistema de clasificación con el fin de agrupar a las regiones de los países en desarrollo en dos categorías. Como la mortalidad está sólidamente correlacionada con la riqueza, los países de ingresos medianos de Asia y de América Central y del Sur constituyen los países en desarrollo de baja mortalidad, mientras que los países de ingresos bajos son los países en desarrollo con mortalidad elevada.

El equipo de estudio de la ECR reconoció que las estimaciones de la carga de morbilidad atribuible al uso de drogas no son exhaustivas y tienen un alto grado de incertidumbre (Ezzati et al., 2004; véase también Organización Mundial de la Salud, 2002), en parte porque las principales consecuencias para la salud, en especial las defunciones por sobredosis y el riesgo de infección por el VIH, se vinculan no solo con la sustancia en sí sino también con las circunstancias del uso (por ejemplo, la medida en que se comparten las agujas). Además, se carece de datos con los cuales cuantificar estas relaciones de riesgo socialmente determinadas en diferentes regiones del mundo. A pesar de estas limitaciones, la carga de morbilidad atribuible al uso de drogas ilegales es considerable. No obstante, otras sustancias psicoactivas causan una carga sustancialmente más grande. A nivel mundial, el hábito de fumar y el uso indebido del alcohol pueden causar una carga de morbilidad aproximadamente cinco veces superior a la carga de morbilidad generada por las drogas ilegales (véase Rehm y Room, 2005). En particular, como el uso de múltiples sustancias es típico en la mayoría de las regiones del mundo, la carga de morbilidad y de discapacidad asociada con las drogas ilegales debe ser considerada en este contexto más amplio.

4.5 Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con las drogas

Además del uso de la droga en sí, una serie de factores de riesgo sociales, ambientales y del comportamiento influyen en la medida en que la morbilidad o la mortalidad se asocian con el uso de drogas ilegales. Es importante tener en cuenta estos factores de riesgo al elaborar intervenciones preventivas o específicas encaminadas a reducir la morbilidad y la mortalidad entre los usuarios de drogas ilegales.

Un ejemplo específico es la situación de las personas en cuanto a tener un hogar (por ejemplo, el caso de las personas que carecen de un hogar). En comparación con los usuarios de drogas que tienen hogar, los usuarios “callejeros” sin casa ni hogar adoptan un comportamiento de más alto riesgo (por ejemplo, al compartir agujas) y están expuestos a un riesgo considerablemente mayor de sobredosis mortales y no mortales, la seroconversión del VIH y problemas físicos de salud asociados con su uso de drogas (Galea y Vlahov, 2002). Por ejemplo, en una muestra grande de múltiples sitios que incluyó a personas estadounidenses infectadas por el VIH, las probabilidades de consumo reciente de drogas, uso compartido de agujas o relaciones sexuales a cambio de dinero fueron de dos a cuatro veces más elevadas entre quienes no tenían hogar o vivían en hogares inestables, en comparación con las personas que tenían hogares estables (Aidala et al., 2005). Varios estudios han demostrado que la ausencia de un lugar estable donde vivir es un importante factor de riesgo de seroconversión de la infección por VIH a SIDA entre los usuarios de drogas inyectables (Strathdee et al., 1997; Corneil et al., 2006).

El encarcelamiento desempeña una función en la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las drogas. Los antecedentes de encarcelamiento de un usuario de drogas inyectables predicen la transmisión de enfermedades infecciosas (por ejemplo, la infección por el VIH) y la mortalidad por sobredosis en el período inmediatamente posterior a su liberación de prisión (Galea y Vlahov, 2002; Hammett et al., 2002; Seaman et al., 1998). Un estudio de presos liberados de instituciones penitenciarias del estado de Washington en los Estados Unidos de América (entre los años 1999 y 2003) indicó que el riesgo de muerte entre los expresidarios era 12 veces superior que en otros residentes del estado (Binswanger et al., 2007).

El comportamiento en relación con la inyección es otro importante factor de riesgo. Se encontró que la inyección frecuente de una combinación de heroína y cocaína y los períodos de consumo intensivo de drogas inyectables eran predictores independientes de la seroconversión del VIH (Craib et al., 2003). Asimismo, los estudios también han asociado el uso de la combinación de heroína y cocaína con episodios de sobredosis (no mortales) en varias poblaciones de UDI en Canadá y los Estados Unidos de América (Kerr et al., 2007; Ochoa et al., 2001).

4.6 Daños más allá del ámbito de la salud

Los daños sociales vinculados con el uso de drogas ilegales, como los delitos, la alteración del orden público y los problemas en el lugar de trabajo, afectan a los individuos, la comunidad y la sociedad en distintas formas. Algunos de esos problemas surgen de los efectos psicofarmacológicos de la droga usada, la primera categoría en la tipología de Goldstein (1985) que se mencionó anteriormente. Los problemas para otras personas que surgen del uso de drogas de un individuo incluyen lesiones resultantes de accidentes de tránsito y de la violencia.

Muchos usuarios de drogas se dedican a actividades delictivas con el fin de obtener dinero para comprar drogas, la segunda de las tres categorías de Goldstein (1985) de delitos relacionados con las drogas. Estas actividades pueden consistir en venta de drogas en pequeña escala; delitos patrimoniales como hurtos en tiendas, robo, fraude, asaltos y robo con allanamiento de morada; y también trabajo sexual, que en muchos países es considerado una actividad delictiva (Rajkumar y French, 1997; Stewart et al., 2000; Maher et al., 2002). En algunos países, la proporción de delitos patrimoniales relacionados con las drogas ilegales varía entre 50% y 80% (Office of the Auditor General of Canada, 2001; Families and Friends for Drug Law Reform, 2004). Varios factores influyen en la intensidad de la actividad delictiva entre los usuarios de drogas ilegales, como la carencia de un lugar donde vivir (Galea y Vlahov, 2002; Manzoni et al., 2006), la marginación social y la pobreza (Baumer et al., 1998; Grogger y Willis, 2000; Best et al., 2001a). En un meta-análisis de 36 estudios, más de la mitad de ellos en los Estados Unidos de América, se encontró que, en comparación con los no usuarios, la razón media de tasas de delitos penales era de 3,6 en los usuarios de heroína, de 6,2 en los consumidores de cocaína crack, de 2,6 en los usuarios de cocaína, de 1,9 en los consumidores de anfetaminas y de 1,5 en los usuarios de marihuana (Bennett et al., 2008).

La tercera categoría de Goldstein (1985) de delitos relacionados con las drogas es la violencia “sistémica” asociada con los mercados de drogas ilegales. En los estudios se ha documentado una asociación entre los mercados de drogas ilegales y diversos grados de violencia interpersonal, incluida la violencia con armas de fuego y los homicidios (Goldstein, 1985; Blumstein et al., 2000; Galea et al., 2002). La violencia sistémica vinculada con los mercados de drogas varía considerablemente según las sociedades y refleja el grado general de violencia y la accesibilidad a armas mortales. También varía con el tiempo según que el mercado sea estable o esté perturbado.

Una cuarta categoría de actividad delictiva son las molestias causadas al público o la alteración del orden en lugares públicos asociados con el uso de drogas. Aun los países que no reconocen como delito las molestias para el público pueden considerarlas un daño al bien público. En algunas sociedades, se puede pensar que la concentración de grandes números de usuarios de drogas ilegales en los llamados

“lugares públicos de consumo de drogas” son una amenaza para la seguridad, los valores y la calidad de vida de los ciudadanos ordinarios, los visitantes y las empresas que operan en las zonas urbanas vecinas (Bless et al., 1995; Kübler y Wälti, 2001). Además, muchas comunidades consideran que los utensilios empleados en el consumo de las drogas, como las agujas y las jeringas, que son desechados descuidadamente representan un importante problema de alteración del orden público (Fischer et al., 2004; Wood et al., 2004).

El uso frecuente de drogas ilegales se asocia con menores ingresos, inestabilidad laboral y recepción de asistencia pública (DeSimone, 2002; Zlotnick et al., 2002; Brown y Riley, 2005). La asociación entre el desempleo y el uso de drogas ilegales ciertamente no es unidireccional. Es probable que el uso de drogas conduzca al desempleo, pero este puede exacerbar o conducir al uso de drogas. También es posible un tercer marco hipotético, en el cual una causa externa produce tanto el desempleo como el uso de drogas ilegales.

En América del Norte, Australia y Europa, han aumentado las pruebas aleatorias efectuadas en el lugar de trabajo para detectar el consumo de drogas (Verstraete y Pierce, 2001; Dolan et al., 2004; French et al., 2004). Algunos usuarios de drogas tienen dificultades para encontrar empleo o conservar su trabajo a causa de las prácticas de efectuar pruebas de detección del consumo de drogas, si bien esas prácticas pueden reducir el daño a otras personas (por ejemplo, los pasajeros de los ómnibus y trenes que, de otro modo, podrían ser transportados por conductores bajo la influencia de drogas). No obstante, los consumidores masivos de drogas presentan tasas notablemente más altas de desempleo, aun en países donde son raras o no existen las pruebas a los empleados para detectar el consumo de drogas.

Los intentos de estimar el “costo total” del uso de drogas han adquirido considerable importancia política en muchas jurisdicciones. Esto concuerda con una perspectiva del “bien público” porque los costos no se limitan solo a los gastos en el área de la salud sino que también se tienen en cuenta la productividad perdida a causa de la discapacidad y los costos vinculados con las intervenciones de justicia penal (Single et al., 1996; Wall et al., 2000). No obstante, la tradición de los estudios del “costo de la enfermedad” en la cual se hacen esas investigaciones ha sido criticada con diversos argumentos, en particular en cuanto a quién paga los costos y la medida en que se pueden ahorrar costos, comúnmente estimados según datos transversales (Tarricone, 2006). En el caso de las drogas ilegales, el problema se complica debido a que los costos reflejan costos no solo del uso de drogas en sí sino también de las elecciones de la sociedad en cuanto a una política sobre las drogas (Fischer et al., 1997), como el costo de hacer cumplir la prohibición del consumo de drogas (Miron, 2003b). Además, se han utilizado distintos procedimientos de estimación de los costos, lo cual vuelve difícil comparar los costos de diferentes países.

Un estudio realizado en Canadá en el año 2002 estimó que el costo total per cápita del uso de drogas ilegales era de aproximadamente 262 dólares canadienses (Rehm et al., 2006), similar al costo per cápita en Australia en el año 1998, de 228 dólares australianos (Collins y Lapsley, 2002).² Las estimaciones respectivas del costo total per cápita en los Estados Unidos de América en el año 2002 (US\$ 650, ONDCP, 2004a) y en el Reino Unido en el año 2000 (US\$ 450, Dodfrey et al., 2002) fueron ostensiblemente más altas que las estimaciones correspondientes en Canadá o en Australia. Esto puede reflejar tasas más bajas de uso problemático de drogas en Canadá y Australia, como sugerían las tasas más bajas de sobredosis.

Los costos per cápita más bajos también reflejan menos gastos en aplicación de la ley en Canadá y Australia, en comparación con los Estados Unidos de América (Rehm et al., 2006). Un informe del gasto público relacionado con el uso de drogas ilegales en 16 países europeos (EMCDDA, 2003a) reveló que los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido (con 0,66%, 0,47% y 0,35%, respectivamente) gastaban las proporciones más altas de su producto interno bruto (PIB) en la lucha contra las drogas.

Hay que destacar que estas evaluaciones de los costos económicos normalmente no tienen en cuenta el uso ilegal de drogas de venta con receta médica (por ejemplo, opioides de venta con receta) que ahora constituyen una proporción considerable del consumo de drogas ilegales en muchos países (Fischer y Rehm, 2007) y también es probable que tengan considerables consecuencias económicas como una importante forma de “daño” (véase el capítulo 6).

El costo económico total de las drogas ilegales en virtualmente todas las sociedades es por lo general mucho menor que el de las drogas legales (el alcohol o el tabaco). El estudio realizado en Canadá en el año 2002 estimó que el costo del uso de drogas ilegales equivalía a aproximadamente 8,2 mil millones de dólares canadienses, 20,7% de los costos atribuibles al uso indebido de sustancias, incluidos el alcohol y el tabaco. Los usuarios de drogas ilegales son menos numerosos que los bebedores y los fumadores y la carga total de morbilidad que resulta del uso de drogas ilegales es sustancialmente inferior a la que generan el alcohol o el tabaco (véase, por ejemplo, Rehm et al., 2006). Por otra parte, una cantidad desproporcionada de costos relacionados con las drogas son generados por los delitos y los costos de la justicia penal. No se trata únicamente de que los usuarios y los proveedores de drogas participen en gran medida en importantes actividades criminales sino también de que el uso de drogas en sí constituye una actividad ilegal y, por lo tanto, está sujeto a intervenciones costosas de la justicia penal (Rajkumar y French, 1997).

Como los delitos y las respuestas de la justicia penal constituyen una parte tan importante de la respuesta de la política sobre las drogas, las intervenciones que reducen el uso de drogas ilegales probablemente produzcan un sustancial beneficio económico (Cartwright, 2000; Flynn et al., 2003). Por ejemplo, la prescripción conjunta de heroína de uso médico a los usuarios crónicos de heroína produjo beneficios en los costos en Suiza (Frei et al., 2000) y los Países Bajos (Dijkgraaf et al., 2005) al reducir los costos de aplicación de la ley y los costos por daños a las víctimas.

4.7 Conclusiones e implicaciones para las políticas

El uso de drogas ilegales se asocia con una notable carga de morbilidad, discapacidad, mortalidad, delincuencia y varios otros daños sociales. Si bien la carga, el daño y los costos atribuibles al uso de drogas ilegales son considerables, para la mayoría de los países son inferiores a los generados por el alcohol y el tabaco. Solo en las economías de mercado establecidas figura el uso de drogas ilegales entre los principales factores de riesgo de morbilidad. En los países de ingresos bajos y medianos, el consumo de drogas ilegales es un problema secundario en la carga general de morbilidad, pero esto podría cambiar con el aumento de los ingresos y de la globalización.

² En dólares estadounidenses a fines de junio de los respectivos años, equivaldrían a 172 dólares per cápita en Canadá y a 140 dólares per cápita en Australia.

Este examen de los daños asociados con el uso de drogas lleva a varias conclusiones que tienen importantes implicaciones para la política. En primer lugar, tanto el tipo específico de drogas ilegales como la modalidad de su administración influyen en las consecuencias para el individuo y para la sociedad. Los opioides, la cocaína y las anfetaminas entrañan riesgos especiales. Otras drogas, como el cannabis, implican un riesgo menor, aun cuando su consumo es sustancialmente más frecuente en la mayoría de las sociedades. El muy elevado riesgo de mortalidad asociado con los opioides puede disminuir con la mayor prevalencia del uso indebido de opioides de venta con receta médica. Con respecto a la forma de administración, el uso de drogas inyectables constituye un riesgo particular de mortalidad y de otras graves consecuencias para la salud. Una segunda conclusión es que muchas de las consecuencias nocivas no son por completo intrínsecas de las propiedades de la droga sino que son causadas por el entorno físico y social asociado con el uso de drogas. En tercer lugar, la política sobre drogas en una sociedad tendrá más probabilidades de alcanzar sus objetivos si se tienen en cuenta estas consideraciones epidemiológicas acerca de la distribución de los daños al asignar los recursos para los programas de prevención y tratamiento y los servicios sociales.

5. Los mercados ilegales: la economía de la distribución de las drogas y el daño social

5.1 Introducción

Una droga ilegal es una mercancía y, por lo tanto, puede ser producida y distribuida en mercados. Si bien el concepto general de mercado es familiar y se sabe bien que es posible efectuar el seguimiento, hacer pronósticos y, hasta cierto punto, influir deliberadamente en los mercados, en las discusiones sobre las políticas se percibe una renuencia a aplicar este conocimiento de los mercados cuando la mercancía es una droga ilegal. En muchas naciones existen grandes mercados para la marihuana, la heroína, la cocaína y una serie de sustancias sintéticas. A nivel mundial, los ingresos totales suman decenas de miles de millones de dólares. También hay mercados menos vastos para los **psicofármacos** desviados de su uso lícito y una serie de otras sustancias (por ejemplo, el LSD, el peyote). Algunas drogas ilegales son producidas o distribuidas fuera de los mercados, en particular cuando las personas consumen marihuana de cultivo doméstico o roban drogas de venta con receta. Asimismo, en las primeras etapas de una epidemia de drogas, estas pueden ser importadas desde un país o una ciudad distantes por un viajero aventurero que luego comparte la droga con sus amigos, sin que le interesen las ganancias. No obstante, con la excepción parcial de las **preparaciones farmacéuticas** desviadas del uso médico, la gran mayoría de las drogas ilegales son producidas y distribuidas en mercados.

Los mercados de drogas ilegales tienen importancia por dos razones. En primer lugar, su existencia y características afectan directamente el éxito y las consecuencias no previstas de las actividades de control de las drogas. El conocimiento de estos mercados sustenta el examen que hacemos en el capítulo 10 sobre la aplicación de las leyes concernientes a las drogas y también todo análisis inteligente acerca de una revisión de la situación jurídica de drogas actualmente ilegales. En segundo lugar, el mercado negro puede perjudicar a quienes actúan en el mercado (productores, distribuidores y compradores) así como a la comunidad más amplia. El más obvio de esos daños es la violencia. La muerte

de personas inocentes comprensiblemente acapara la atención de los medios de difusión, pero la víctima típica de la violencia en el mercado de las drogas es un usuario o un vendedor. Los mercados ilegales son en sí una fuente de daño, distinto del que causan las drogas que distribuyen; este es un hecho que en esencia es pasado por alto por los estudios del costo de la morbilidad (Miron, 2003a; Moore y Caulkins, 2005). La gravedad de los efectos adversos depende en parte de la droga (por ejemplo, un estimulante o un opiáceo), pero también de las políticas sobre las drogas del país (por ejemplo, más o menos peligrosa de comprar) y del contexto social general (por ejemplo, que se trate de una sociedad acostumbrada a las armas de fuego, como sucede en los Estados Unidos de América o Colombia, o que las armas no constituyan un elemento usual de la vida cotidiana, como en el Reino Unido o Bolivia).

En este capítulo se describe lo que se sabe acerca de los mercados de drogas y la naturaleza y las dimensiones de los daños que surgen de ellos. Comenzamos con un breve análisis teórico de la estructura, los precios, la disponibilidad y la calidad de los productos de los mercados ilegales. En el examen de los daños, se distingue entre la producción y el tráfico internacional de drogas por una parte y, por otra, la distribución al por mayor y la comercialización al menudeo de las drogas. Cada uno de estos aspectos afecta a un conjunto específico de comunidades y países en una forma particular. Sin embargo, antes de comenzar es preciso formular una advertencia: son escasos los estudios que intentan medir daños específicos. Solo podemos referirnos a daños grandes y pequeños según nuestra propia impresión.

Muchos daños relacionados con los mercados son consecuencias indirectas de la prohibición y su aplicación porque la ilegalidad genera incentivos para la violencia, el engaño, la alteración del orden y la desconfianza (MacCoun y Reuter, 2001a). El hecho de que existan efectos adversos de la prohibición, aplicada con o sin rigurosidad, no constituye un juicio definitivo acerca de la conveniencia de leyes de ese tipo. Las dimensiones de los efectos adversos también pueden variar según las formas en las que se aplique la prohibición, como sucede cuando se aplican las leyes con o sin rigurosidad. La desaprobación simbólica, la menor disponibilidad y los precios más altos que genera la prohibición pueden reducir el uso de drogas lo suficiente para compensar esos daños. En el capítulo 10 se examinan los efectos buenos y malos de la aplicación más o menos agresiva de las disposiciones en un régimen de prohibición.

5.2 El concepto de mercado

La palabra *mercado* tiene dos significados distintos. El primer concepto de mercado es una relación abstracta entre compradores y vendedores. Por ejemplo, existe un mercado de partituras musicales antiguas en el cual compradores y vendedores llevan a cabo transacciones mediante el Internet y rara vez se encuentran. No hay un lugar que pudiera ser llamado "el mercado", si bien algunas transacciones se producen en diversos sitios, como una subasta de bienes de una propiedad antigua efectuada por Sotheby. Hay precios, pero no un solo "precio" porque el producto está muy diferenciado. El segundo concepto de mercado es el de un lugar físico donde se llevan a cabo transacciones. Nos referimos a él como "sitio de venta" para hacer la distinción. Un mercado de pulgas o una venta de beneficencia es un lugar donde compradores y vendedores se congregan para comerciar diversas mercancías. No es un mercado para algo en particular ni tampoco un lugar donde se producen transacciones de cualquier tipo. Hasta el advenimiento de las comunicaciones modernas, todas las transacciones requerían un lugar. Ahora, se puede distinguir el mercado y el lugar.

Los organismos de alto nivel para el control de las drogas pretenden restringir el mercado abstracto de drogas. Por ejemplo, la policía federal australiana investiga a los importadores y los mayoristas en un esfuerzo por hacer más costosas las drogas. No se ocupa directamente de los sitios de venta.

Los organismos locales de aplicación de la ley tienden a pensar en los sitios de venta de drogas ilegales más que en los “mercados” abstractos de las drogas. Por ejemplo, un estudio realizado por David Kennedy, *Closing the Market: Controlling the Drug Trade in Tampa* (1991), describe métodos policiales innovadores encaminados a controlar un mercado de drogas al aire libre. El libro no se refiere a reducir el número de compradores y vendedores, mucho menos a eliminar el mercado de drogas en Tampa, Florida, si bien podría haberse producido alguna reducción como resultado de dificultar la reunión de vendedores y compradores. En cambio, se ocupa de la eliminación de la venta concentrada de drogas y la alteración del orden en un pequeño número de lugares. El estudio midió el éxito en términos del lugar y los delitos asociados. No estimó las repercusiones en el mercado más amplio en sí.

En lo que resta de este libro nos referiremos a los *mercados* cuando hablemos del concepto abstracto y a los *sitios de venta* cuando el aspecto importante sea el lugar.

5.3 Características clave de los mercados de drogas

Los mercados de drogas tienen características definidas. Aquí nos concentraremos en tres características que difieren mucho de sus homólogos jurídicos y tienen consecuencias para el control de las drogas y los daños relacionados con ellas: la forma de organización, el precio y la calidad del producto. Una cuarta característica, la corrupción, es analizada con más detalle en la sección 5.4, junto con otros daños relacionados con las drogas.

5.3.1 La forma de organización

Los relatos populares acerca de la distribución de drogas ilegales están llenos de referencias a carteles, sindicatos y crimen organizado. Sin embargo, la realidad es casi por completo opuesta a esto. Por ejemplo, en el año 1997 en los Estados Unidos de América la gran mayoría de los delincuentes vinculados con las drogas encarcelados en instituciones federales y estatales (85,7% y 91,9%, respectivamente) informaron que no formaban parte de un grupo organizado de distribuidores de drogas (Sevigny y Caulkins, 2004). Del mismo modo, cuando el cártel de Medellín estaba en el apogeo de su poder, los precios de la cocaína se desplomaron (UNDCP, 2004b). El cartel estaba organizado para defender a sus miembros de secuestros, no para controlar el precio de las drogas, el propósito determinante de todo cártel auténtico.

La ausencia relativa de grandes organizaciones de tráfico de drogas es una consecuencia de la observación más fundamental acerca de los mercados de drogas: los participantes en el mercado ilegal no pueden recurrir al sistema de derechos de propiedad y resolución de disputas ofrecido por los tribunales civiles y el sistema jurídico. Esto tiene importantes consecuencias para la estructura, la conducta y el desempeño de los mercados de drogas (Reuter, 1983). Por ejemplo, un lugar muy conveniente para la venta, que en el caso de empresas legales sería asignado al mayor postor por quienquiera que sea el propietario actual, es obtenido en cambio por el vendedor de drogas que puede intimidar más efectivamente a los demás. Esto estimula la creación de una reputación de eventual

violencia, con al menos un ejercicio ocasional de la violencia para consolidar esa reputación (Caulkins et al., 2006). Como otro ejemplo, los registros por escrito, esenciales para las empresas modernas, representan un peligro para las empresas ilegales ya que proporcionan información a los organismos que buscan incautar bienes y encarcelar al personal. La falta de registros genera incertidumbre en las transacciones, que por sí mismas provocan malentendidos y violencia. También obstaculiza el establecimiento de grandes empresas mundiales.

En lugar de una organización o una empresa, la metáfora más apropiada para los mercados de drogas es la de una red. Las drogas son producidas y distribuidas por los esfuerzos colectivos de literalmente millones de individuos y pequeñas organizaciones que operan en forma muy descentralizada. Nadie está a cargo. De hecho, la mayoría de las personas que integran la red solo conocen las identidades de aquellos con quienes interactúan directamente. Hay buenos motivos para que nadie tenga ni siquiera un “mapa” de este sistema de distribución. Como los oficiales que hacen cumplir la ley constantemente arrestan e interrogan a los traficantes de drogas, cuanto menos sepan estos traficantes individuales, mejor será la situación para los demás traficantes. Estas redes ponen muchos intermediarios entre los usuarios y los vendedores al menudeo (que son más vulnerables a las actividades policiales) y los traficantes de alto nivel (que venden grandes cantidades de drogas).

En consecuencia, la mayoría de las drogas más importantes (por ejemplo, cocaína, heroína, marihuana importada y muchos estimulantes del tipo de las anfetaminas) son distribuidas por medio de cadenas de participantes. Por ejemplo, la heroína puede ser comprada y vendida 10 veces en la cadena que conecta la producción de opio en Afganistán con la venta al menudeo en Roma. La cadena comienza con el agricultor y pasa luego por el traficante local, el traficante regional, el refinador de la heroína y el exportador. Hay nuevas ventas en Irán y Turquía y otras transacciones más entre la importación, la venta al por mayor de alto y de bajo nivel y los vendedores al menudeo en Italia. Cada transacción representa una oportunidad para la intervención y un problema social en potencial.

La red de distribución tiene una estructura. Las drogas fluyen en un solo sentido, desde su fuente original a los usuarios, y el dinero también fluye, pero en el sentido contrario. No todas las drogas llegan a los usuarios; algunas se pierden debido a las incautaciones. Una cantidad mucho menor del dinero regresa por la red. La mayor parte del dinero que los usuarios gastan en las drogas compensa a los vendedores al menudeo y a los traficantes al por mayor de bajo nivel.

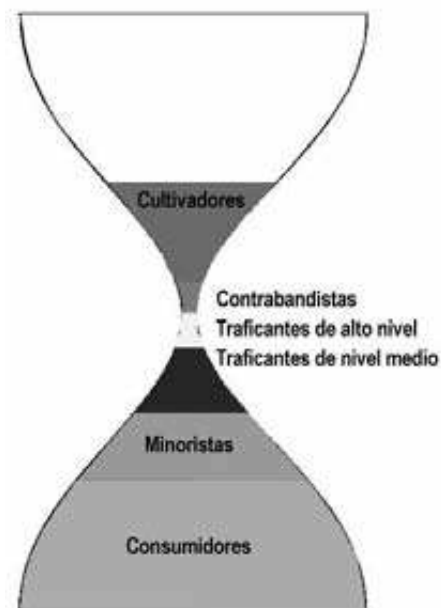
Esto no significa que los vendedores al por menor sean ricos. Otro aspecto de la estructura de la red lo impide. En términos de las cantidades de participantes en cada estrato del mercado, la figura 5.1 ilustra cómo la red para la distribución de cocaína y heroína tiene la forma de dos embudos unidos por sus tubos, con las bocas (que indican muchos participantes en el mercado) una hacia arriba y otra hacia abajo.

Usando el ejemplo de la coca y del opio, hay muchos agricultores que cultivan pequeñas cantidades de esas drogas en los países productores. En Afganistán, se estima que hasta 1,9 millones de personas están involucradas, al menos de manera ocasional, en la producción de opio (Buddenberg y Byrd, 2006). El número de personas que compra el opio crudo y lo refina para convertirlo en heroína es en

comparación muy pequeño. Hay también relativamente pocos contrabandistas e importadores de alto nivel (tal vez solo unas cuantas centenas en el caso de la heroína en los Estados Unidos de América) en los países consumidores. Al ingresar en el segundo embudo, hay más vendedores al por mayor y un número muy grande de vendedores al menudeo. En los Estados Unidos de América, es probable que un millón de personas sean al menos vendedores ocasionales de cocaína (Caulkins y Reuter, 1998). El número que distribuye cannabis es muy probablemente mucho mayor ya que la distribución al menudeo con frecuencia se produce en redes de amigos, a menudo sin generar ganancias (Caulkins y Pacula, 2006).

En comparación con la mayoría de los mercados legales, hay muchos vendedores en relación con el número de compradores debido a dos razones bien definidas. Desde la perspectiva de los clientes, los vendedores individuales no son confiables porque no siempre están vendiendo en forma activa y los compradores habituales necesitan tener muchas fuentes posibles de las drogas. Por ejemplo, Riley (1997) encuentra que los compradores de heroína en los Estados Unidos de América conocen cada uno un promedio de 10 a 20 vendedores a quienes pueden comprar las drogas. En segundo lugar, una proporción sustancial de usuarios dependientes de las drogas tienen pocas oportunidades de ganar dinero, salvo mediante la venta de drogas. Como resultado, muchos venden drogas por lo menos ocasionalmente, aun cuando se trate de una actividad de tiempo parcial, en lugar de tener un número menor de vendedores que ofrezcan un volumen mayor de drogas.

Figura 5.1 Número relativo de participantes en los diferentes niveles del mercado



Tal vez no exista el embudo de arriba y las cadenas de distribución pueden ser mucho más cortas para drogas desviadas del uso médico (por ejemplo, mediante recetas falsificadas) o que pueden ser producidas en forma casera en pequeñas cantidades. Sucede esto con la marihuana de producción

doméstica en Australia. También se pueden esperar cadenas de distribución más cortas con factores de ramificación más grandes (es decir, más traficantes de menor nivel abastecidos por cada traficante en el siguiente nivel más alto) en los casos en que la aplicación de la ley es menos estricta (Caulkins, 1997).

Hay tres consecuencias importantes de esta estructura de red descentralizada, una mala y dos buenas. La frustrante consecuencia de la modalidad de red de la distribución de drogas es su flexibilidad. La eliminación de actores individuales o, incluso, organizaciones completas (inherentemente pequeñas) dentro de una red de distribución de drogas interconectada y madura tiene pocas repercusiones sobre la capacidad de la red como un todo para transportar las drogas desde su fuente a los clientes. Los individuos encarcelados son reemplazados con facilidad (Kleiman, 1997b), los consumidores individuales tienen múltiples proveedores alternativos y los segmentos de la red (las conexiones entre los traficantes) pueden rápidamente aumentar su oferta de drogas para satisfacer una mayor demanda. Esta adaptabilidad de las redes maduras de distribución de drogas limita la capacidad de las autoridades encargadas de aplicar la ley para erradicar mercados masivos de drogas, como se examinará con más detalle en el capítulo 10.

El primer beneficio de la descentralización es que, aun cuando las redes de distribución de drogas son adaptables en el sentido de que se recuperan con facilidad de los efectos causados por las medidas restrictivas, no son muy innovadoras, al menos con respecto a los productos o la comercialización. Esta observación es sutil, pero importante. Los traficantes de drogas, en particular los contrabandistas, pueden ser maestros de la improvisación, que adaptan un sinnúmero de instrumentos y tácticas para sus propósitos, pero la tasa de verdadera invención de productos nuevos, promoción de los productos y procesos de producción es en extremo baja. Una explicación sencilla de la falta de innovación es que ninguna organización de drogas es lo suficientemente grande para justificar la inversión en costos de desarrollo de innovaciones que podrían más tarde ser copiadas con poco o ningún costo por otras organizaciones.

La innovación aumenta el consumo, como se comprueba en las ocasionales excepciones a la regla de la falta de innovación antes señalada (por ejemplo, la creación del crack y de nuevos métodos de síntesis de las anfetaminas). Es afortunado que no existan programas en gran escala, organizados y adecuadamente financiados para inventar nuevas **sustancias psicoactivas**, mejorar la eficiencia del cultivo o la refinación de la coca o la amapola o inventar nuevas formas de incluir las drogas actuales en paquetes con otros productos (por ejemplo, cereal para el desayuno con suplementos de anfetaminas que mejoran el desempeño). Las considerables innovaciones en el cultivo del cannabis durante el último decenio y la posterior difusión de esas innovaciones pueden ser consideradas como una forma de advertencia sobre lo que sucede cuando los productores de drogas sienten menos presión para seguir siendo sigilosos.

Cuando se trata de bienes de consumo típicos, la innovación implica no solo el desempeño sino también la imagen. Hay demanda de vestidos de los diseñadores no porque sean muy funcionales sino, en muchos casos, a causa del atractivo de la marca. La utilización de marcas es común para productos legales que requieren una experiencia (es decir, un producto cuya calidad solo puede ser juzgada después de consumirlo). Consideremos, por ejemplo, las estrategias de reconocimiento de la

marca en las cadenas de restaurantes. Las marcas significativas son menos frecuentes para las drogas ilegales, tal vez debido a la transitoriedad de las organizaciones de venta y a la incapacidad de formular reivindicaciones jurídicamente vinculantes acerca de la calidad del producto. Excepciones que prueban la regla son las tabletas de éxtasis con marca y los vendedores de heroína al menudeo, en particular en la costa este de los Estados Unidos de América, quienes estampan “marcas registradas” en las bolsitas de heroína (Goldstein et al., 1984). No obstante, Wendel y Curtis (2000, p. 238) observan que los vendedores habitualmente manipulan la calidad de tal modo que los “usuarios están conscientes de que las distintas estampas no significan necesariamente una heroína diferente ni que una de las bolsitas a menudo fuera mejor que el resto”. En contraste, hay diferencias sistemáticas en el contenido de tetrahidrocannabinol (THC) entre los distintos tipos de productos de cannabis vendidos (de hecho legalmente) en las cafeterías holandesas de cannabis (Pjilman et al., 2005).

El segundo beneficio del carácter descentralizado de la distribución de drogas es que es inherentemente ineficiente y provee las drogas a un costo mucho más alto del que de otro modo tendrían. Una fuente de ineficiencia es la necesidad de operar en secreto. Cuesta alrededor de US\$ 50 enviar un paquete de un kilogramo por correo expreso desde Bogotá a Nueva York, pero el aumento del precio del envío de un kilogramo de cocaína en la misma ruta es de aproximadamente US\$ 13.000 (Caulkins y Reuter, 1998).

Otra fuente de ineficiencia es la ausencia de economías de escala. Las drogas son producidas, refinadas, empacadas y vendidas al menudeo en formas que requieren mucha mano de obra. A un típico vendedor de drogas al menudeo en los Estados Unidos de América le va bien si hace 10 ventas al día (Caulkins et al., 1999). El cajero de una tienda de abarrotes puede escanear unos 20 artículos por minuto. Aun teniendo en cuenta que la tarea de escanear toma solo aproximadamente la mitad del tiempo de trabajo del cajero y suponiendo que este tiene 50% de tiempo ocioso y que es asistido por un empacador de tiempo completo, las tiendas de abarrotes todavía logran una productividad (medida por las ventas por hora de trabajo) que es más de 100 veces mejor que la de la red de distribución de drogas ilegales.

Asimismo, los traficantes contratan ayudantes a quienes pagan unos 0,6 a 0,10 centavos por frasco por empacar crack en recipientes de 0,1 gramos destinados a la venta al menudeo (Caulkins et al., 1999), más otros 0,2 a 0,10 centavos por frasco que es el costo de los frascos. Los restaurantes pueden comprar bolsitas de azúcar (para acompañar el café o el té) que contienen 2,85 gramos de azúcar a razón de 0,6 a 0,8 centavos por bolsita. En consecuencia, para la industria azucarera (legal), que aprovecha la mecanización y las economías de escala, el costo de empacar, las materias primas, la distribución, la publicidad, la facturación y el rendimiento del capital equivalen a solo la décima parte de lo que cuesta a la industria de distribución de drogas únicamente la mano de obra para empacar.

No todo el costo elevado de la distribución de drogas ilegales se origina en esas consecuencias estructurales de la ilegalidad del producto. Algunos costos de distribución constituyen una compensación por los riesgos, en particular los riesgos que representa la aplicación de las leyes. La teoría más popular que cuantifica esta compensación de los riesgos señala que los traficantes exigen una compensación equivalente al valor esperado de los riesgos no monetarios que afrontan (Reuter y Kleiman, 1986).

Por ejemplo, supongamos que cierta clase de traficantes afronta 50% de probabilidades de recibir una condena de 10 años en prisión y están dispuestos a pagar para evitar esa prisión la cantidad de US\$ 500.000. La teoría dice que un traficante a quien no le importe el riesgo exigiría en ese mercado 50% de los US\$ 500.000, es decir, US\$ 250.000, cantidad muy por encima de la compensación habitual por el esfuerzo, los materiales y otros factores tradicionales. Un pago de “compensación del riesgo” de esa magnitud podría aumentar considerablemente el costo de la distribución de las drogas y, por lo tanto, incrementar los precios de las drogas. La cifra podría ser más alta si los traficantes fueran, como la mayoría de los individuos, enemigos de los riesgos.

La compensación de los riesgos genera ganadores y perdedores. Como ejemplo, imaginemos que dos traficantes similares reciben cada uno US\$ 250.000 para inducirlos a ofrecer sus “servicios” de distribución de drogas. Una vez que han completado sus transacciones comerciales, uno de ellos está muy contento por haber recibido US\$ 250.000 sin encarcelamiento, pero el otro traficante está muy descontento porque los US\$ 250.000 solo compensan la mitad del dolor de los 10 años de cárcel a que ha sido condenado (aun cuando el dinero no sea incautado por la policía).

Tanto los ganadores como los perdedores son malos para la sociedad. Los perdedores se convierten en una carga ya que consumen dólares de los contribuyentes mientras están en prisión y tal vez nunca puedan reincorporarse al trabajo legítimo. Los ganadores quizás estén contentos, pero dan un mal ejemplo a los jóvenes impresionables y pueden desmoralizar a sus vecinos que trabajan duramente en un empleo legítimo, pero ganan mucho menos dinero. Además, parece que ganar la lotería en la venta de drogas es rara vez un medio para ascender en la escala social. Si bien Pablo Escobar compró su ingreso en la legislatura colombiana (antes de morir a balazos) (Streatfeild, 2003), los traficantes típicos de menor nivel ahorran tan poco dinero que la gran mayoría de ellos ni siquiera pueden contratar a un abogado particular cuando son arrestados (Harlow, 2000). Asimismo, Levitt y Venkatesh, (2000) subrayan que las altas ganancias obtenidas por los líderes de una organización de venta al menudeo de drogas inducen a muchos jóvenes a trabajar como vendedores callejeros con salarios inferiores a los mínimos.

5.3.2 El precio

Podemos identificar dos características generales de la distribución de drogas que contribuyen al aumento de los precios: 1) las consecuencias estructurales de la ilegalidad de los productos y; 2) la compensación por los riesgos no monetarios. La mejor forma de apreciar cabalmente cuán poderosos son estos dos factores es examinar los datos sobre los precios de distintas drogas y en distintos niveles del mercado. Las drogas ilegales son muy costosas en comparación con las drogas legales o, de hecho, con cualquier producto del comercio ordinario. Al menudeo, la cocaína y la heroína cuestan en Europa seis veces más por unidad de peso que el oro (UNODC, 2005). En el cuadro 5.1 se presentan los datos sobre los precios del cannabis y la heroína en una serie de mercados occidentales. Los precios se expresan por dosis.

Cuadro 5.1 Precio al menudeo de la marihuana y la heroína en diversas naciones, alrededor del año 2002

	Heroína (50 mg, pura)	Marihuana (0,3 g)
Alemania	12 euros	2,2 euros
Italia	12 euros	1,8 euros
Reino Unido	12 euros	1,5 euros
Estados Unidos de América	19 euros	2,8 euros

Fuentes: Datos basados en el precio medio informado por el EMCDDA y en la pureza media en las incautaciones, cuando se contó con ellas.

Hay muchas formas de aumentar esos precios. Por ejemplo, el tabaco a nivel de menudeo, aun con todos los impuestos establecidos por el estado, costaba solo unos 0,21 centavos por cigarrillo en los Estados Unidos de América en el año 2006 (Centers for Disease Control and Prevention, 2007), con una cantidad mayor de la hoja natural por cigarrillo (~ 2/3 de gramo) que la que normalmente se encuentra en un cigarrillo de marihuana (~ 1/3 de gramo). El “porro” de marihuana, por el contrario, cuesta entre US\$ 2 y US\$ 4 en la mayoría de los países occidentales. También es útil comparar el costo del consumo anual de heroína por un usuario adicto con el consumo de un dependiente del alcohol. En el Reino Unido, el hábito de consumir heroína podría costar US\$ 25,000 al año (Bramley-Harker, 2001), en comparación con unos US\$ 5.000 del consumo de alcohol. En los países de bajos ingresos situados a lo largo de las rutas de contrabando y donde no son muy estrictas las medidas restrictivas, los precios parecen ser considerablemente menos altos. Por ejemplo, en Tayikistán, vecino a Afganistán, la heroína suficiente para una sola dosis cuesta menos de un dólar (Paoli et al., 2009a).

Los precios de la cocaína y la heroína son más elevados en los países de ingresos altos, aparentemente porque los residentes son más ricos y porque los países están, en general, más lejos de las regiones productoras (UNODC, 2006). En la mayoría de las drogas, incluido el cannabis, hay una fuerte correlación positiva entre los precios al menudeo y el PIB per cápita. No obstante, la geografía tiene en sí misma importancia, como se puede ver examinando las relaciones entre los precios de venta de la cocaína y la heroína en todo el mundo (UNODC, 2005). En los Estados Unidos de América, la heroína es dos veces y media más cara que la cocaína. En Asia y Europa Oriental, se invierte la relación. En Europa Occidental, los precios se acercan mucho más a la paridad.

El precio alto de una droga es un arma de doble filo. Por una parte, reduce el consumo. Hasta los usuarios dependientes de la droga disminuyen su consumo cuando aumenta el precio (Grossman, 2004), aspecto que se analiza con más detalle en el capítulo 10. Por otra parte, es probable que el precio incremente la cantidad de delitos cometidos por los usuarios de la droga para financiar la compra de esta y también el número de “delitos sistémicos” vinculados con los mercados de drogas y su distribución (Goldstein, 1985).

Una característica notable de los mercados de drogas es el enorme aumento de los precios desde la producción hasta la venta final. En el cuadro 5.2 se presentan las cifras típicas correspondientes a la cocaína y la heroína. En el año 2007, los 10 gramos de opio que se requerían para obtener 1 gramo de heroína pura costaban solo 85 centavos en el campo del agricultor en Afganistán.¹ Para el momento en que es vendida en las calles de Londres (en paquetes de 100 miligramos de heroína 45% pura), cuesta alrededor de US\$ 240. La mayor parte del aumento del precio se genera en los pagos a los distribuidores del nivel más bajo. Como se señaló antes, estos vendedores al menudeo y los vendedores al mayoreo de bajo nivel no ganan grandes sumas, pero hay una gran cantidad de distribuidores de este tipo. Los distribuidores de más alto nivel ganan cada uno cantidades mucho mayores, pero son relativamente pocos y, en conjunto, representan una proporción modesta del costo total de distribución.

Parece que los aumentos proporcionales más grandes en general se producen cuando la droga cruza fronteras internacionales en su viaje desde los países productores, pero el mayor incremento absoluto del precio se produce dentro de los países consumidores ricos. Parte del aumento se logra por la adición de diluyentes, de tal modo que, por ejemplo, la onza de heroína adquirida por un vendedor al por mayor con una pureza de 60% es luego vendida en unidades de 1 gramo con una pureza de solo 45% como resultado de la adición de una cantidad de paracetamol equivalente a alrededor de la cuarta parte de la heroína diluida. Si bien el comprador podría estar entonces dispuesto a pagar solo la mitad por gramo, parece existir cierto grado de “ilusión de pureza” que beneficia al vendedor, aunque Coombert (1997) señala que hay mucha menos dilución de la que por lo general se afirma.

5.3.3 La calidad del producto

Los mercados de drogas ilegales suministran bienes y servicios de baja calidad, principalmente por la incapacidad de hacer cumplir los contratos con los procedimientos normales. Un usuario no puede quejarse ante un organismo de protección al consumidor por recibir heroína de mala calidad. Una consecuencia fascinante de la extrema disgregación vertical en las cadenas de distribución es que la distribución de las drogas es una actividad casi exclusivamente de corretaje, en la cual vendedores en un nivel actúan como compradores en el nivel inmediato superior de la cadena de distribución. Por consiguiente, los vendedores a menudo no conocen la calidad del producto que ofrecen (Reuter y Caulkins, 2004) e incluso se ha informado acerca de traficantes que ofrecen reemplazar un producto de mala calidad que vendieron sin conocer esa característica (Fuentes, 1998).

¹ Esto supone un factor de conversión de 10 gramos de opio para cada gramo de heroína. Estudios mucho más recientes señalan que el factor efectivo de conversión podría ser de solo siete a uno en Afganistán, el principal productor. Véase UNODC (2004, p.107).

Cuadro 5.2 Precios de la cocaína y la heroína en el sistema de distribución, alrededor del año 2007 (1 kilogramo)

Precio según la etapa	Precio de la materia prima (US\$)	Pureza %	100% (US\$)	Lugar	Precio de la materia prima (US\$)	Pureza %	100% pura (US\$)	Lugar
Al agricultor	450-1.054	100	752	Colombia	854	100	854	Afganistán
Exportación	2.198	87-95	2.415	Colombia	3.394	60-85	4.681	Países vecinos de Afganistán
Importación/venta al mayoreo (kilogramo)	12.000-18.000	73-76	20.134	Los Angeles	6.000-14.000	35-80	17.391	Turquía
Venta al mayoreo/nivel medio (onza)	17.636-28.219	73-76	30.775	Los Angeles	28.320-37.925	45-55	66.245	Inglaterra y Gales
Venta al menudeo	77.965	64	121.820	Estados Unidos de América	103.680	43,5	241.920	Reino Unido

Fuente: Kilmer y Reuter (2009).

Nota: Todas estas cifras provienen de fuentes disponibles para el público. Todas las cifras correspondientes a drogas 100% puras se basan en puntos medios entre el valor máximo y el mínimo.

En el caso de las drogas de venta callejera en particular, en contraste con los fármacos desviados del uso legal, la cantidad pura de drogas obtenidas en la adquisición de un determinado tamaño varía enormemente, al menos en los Estados Unidos de América y Australia (Caulkins, 1994; Weatherburn y Lind, 1997). Wendel y Curtis (2000, p. 239, citando a Strategic Intelligence Section, 1996) informan que “los ensayos efectuados a la heroína incautada en la calle en la ciudad de Nueva York encontraron que, en una muestra de 40 bolsitas, se habían agregado por lo menos 27 tipos de adulterantes y diluyentes para producir la heroína”. Las impurezas no se limitan a los Estados Unidos de América, a la heroína o a las transacciones al menudeo; las investigaciones señalan resultados similares en Alemania, Italia y el Reino Unido (Cooper, 1997; Paoli, 2000; Pearson y Hobbs, 2001). De hecho, los estudios de los mercados de sustancias sintéticas relativamente nuevas como el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) y la ketamina han encontrado que un porcentaje considerable de las sustancias adquiridas no contienen ninguno de los ingredientes activos esperados (Winstock et al., 2001; Walters et al., 2002).

La adulteración evidentemente puede causar daños y hasta la dilución puede ser nociva para los usuarios si aumenta la variabilidad de la pureza (Davies, 2005). Si alguien que está acostumbrado a inyectarse heroína que ha sido diluida a una pureza de 20% sin saberlo compra y se inyecta heroína 60% pura, podría provocar accidentalmente una sobredosis. No todos los diluyentes causan problemas; en realidad, algunos parecen ayudar al usuario a lograr la experiencia deseada. Por ejemplo, la adición de barbitúricos en concentraciones bastante bajas a muestras de heroína producida ilegalmente (tanto la heroína básica marrón como la sal blanca) probablemente sea una indicación del uso buscado al fumarla. La sublimación de la droga al “cazar el dragón” es mucho más eficiente en presencia de esos productos adicionales.

Hay otros daños importantes para los usuarios relacionados con el mercado. Uno que recibe considerable atención es la falta de suministro de equipo seguro para la inyección. La incapacidad de proteger los bienes de capital de una incautación desalienta el suministro de accesorios y de un lugar para el consumo, en la forma en que lo hacen los bares con el alcohol. Asimismo, la ilegalidad de las transacciones con drogas implica que los traficantes rara vez afrontan cargos por responsabilidad civil o penal por daños causados, como sucede con los cantineros, quienes pueden ser considerados responsables del daño causado cuando sirven bebidas alcohólicas a clientes ebrios que luego causan accidentes de tránsito mortales.

Un daño obvio que causan los mercados de drogas a los usuarios, que no suele ser tomado en cuenta, es el empobrecimiento. La estructura y la naturaleza de los mercados de drogas (en particular, de la heroína, la cocaína y muchos estimulantes del tipo de las anfetaminas) implican que quienes usan esa sustancia habitualmente (excepto quizás los que viven en países productores o de tránsito de las drogas) renunciarán a una cantidad sustancial de sus ingresos disponibles. El hecho de ser pobre es en sí una fuente de daños para la salud (Marmot, 2004). Deber dinero a personas violentas que no cuentan con medios legales para cobrar las deudas también puede ser una fuente de daños.

La adquisición de las drogas por lo general consume no solo dinero sino también mucho tiempo. Los etnógrafos de la calle desde hace mucho han descrito a los dependientes de las drogas como personas que llevan una vida muy ocupada, aun cuando no tengan empleo (Preble y Casey, 1969; Johnson et al., 1985; Taylor, 1993). Los prolongados tiempos de búsqueda para obtener las drogas pueden ser una bendición para quienes quieren reducir el consumo total de las drogas (Moore, 1973), pero constituyen un costo real para los usuarios. La necesidad de los usuarios dependientes de hacer compras frecuentes que toman mucho tiempo interfiere con su capacidad de trabajar y cumplir otras responsabilidades. A la inversa, los resultados de los programas de mantenimiento para los usuarios de cocaína en Suiza indican que casi la mitad de los consumidores de heroína que reciben esta droga bajo receta pueden mantener un empleo regular (Rehm et al., 2001).

5.4 Efectos de la producción y el tráfico en los países productores y de tránsito de las drogas

La producción de algunas sustancias, en particular el cannabis, está muy difundida, pero un pequeño número de países producen la mayor parte de las materias primas para el consumo mundial de cocaína y heroína, las dos drogas que constituyen la proporción más grande del comercio internacional de drogas (en cuanto al valor). La producción de algunos estimulantes del tipo de las anfetaminas también está muy concentrada. Por ejemplo, se considera que a los Países Bajos les corresponde una porción considerable de la producción de éxtasis (UNODC, 2007). Sin embargo, se sabe menos acerca de los efectos de la producción de estimulantes del tipo de las anfetaminas sobre las naciones productoras; en consecuencia, nos concentraremos aquí en la producción de cocaína y heroína.

Según estimaciones oficiales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2006), tres países (Bolivia, Colombia y Perú) generan toda la producción comercial de coca. Hay informes sobre pequeñas cantidades de coca producida en Brasil y Venezuela, pero nada que contribuya en forma sustancial a la producción mundial. Afganistán y Myanmar acapararon más de

95% de la producción mundial de opio en el año 2004 (4.570 toneladas métricas, de un total de 4.850). El predominio de esos dos países en la producción de opio se ha repetido cada año desde el año 1988 (cuando comenzaron las estimaciones sistemáticas), excepto por el año 2001, cuando los talibanes recortaron con éxito la producción de Afganistán en un 90% (Paoli et al., 2009a). Incluso en ese año, Afganistán todavía aportó grandes cantidades de opio y heroína al mercado mundial gracias a las reservas acumuladas. Los productores de opio del segundo nivel incluyen a Colombia, Laos y México. Pakistán, Tailandia y Viet Nam constituyen el tercer nivel; fueron antes productores importantes entre los años setenta y comienzos de los noventa, pero ahora producen cantidades insignificantes (UNODC, 2006).

En el cuadro 5.3 se muestra la producción mundial de hojas secas de coca y de opio en diversos años entre los años 1990 y 2005. La mayor parte de la coca es producida actualmente en Colombia, si bien Perú era el productor primario hace un decenio. La producción en Bolivia y Perú declinó bruscamente entre los años 1995 y 2000, pero el aumento de la producción colombiana compensó con creces esas pérdidas. Más recientemente, la producción colombiana ha caído y solo se han observado aumentos modestos de la producción en Perú y Bolivia.

Cuadro 5.3 Producción de coca y de opio, años 1990-2005 (en toneladas métricas)

	1990	1995	2000	2005
Potencial de producción de hojas de coca				
Bolivia	77.000	85.000	13.400	30.900
Colombia	45.300	80.900	266.200	170.730
Perú	196.900	183.600	46.200	67.900
Total	319.200	349.500	325.800	269.530
Potencial de producción de opio				
Afganistán	1.570	2.335	3.276	4.100
Colombia		71	88	28
Laos	202	128	167	14
México	62	53	21	71
Myanmar	1.621	1.664	1.087	312
Pakistán	150	112	8	36
Tailandia	20	2	6	
Viet Nam	90	9		
Otros países	45	78	38	40
Total	3.760	4.452	4.691	4.850

Fuente: UNODC (2005).

Las celdas que faltan están incluidas en la fila "Otros países".

Es útil contrastar este modelo de producción con el del cannabis, la otra droga importante que se origina en una sustancia natural. Muchas naciones ricas producen un porcentaje alto de su propio consumo. Según la Dirección de Lucha contra la Droga de los Estados Unidos de América (Drug Enforcement Administration, 2008), gran parte de la provisión doméstica aparentemente se cultiva en espacios cerrados. Canadá tal vez produzca todo lo que consume, quizás más (Bouchard, 2008). En Europa

Occidental, se considera que la producción de los Países Bajos representa una gran proporción del cannabis consumido en Europa (UNODC, 2007), si bien esto es rechazado por el Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA, 2007). Marruecos y México aportan cantidades considerables de resina de cannabis y hierba de cannabis a Europa Occidental y los Estados Unidos de América, pero ciertamente no son los principales productores, y el cannabis de Australia se produce básicamente en el país (ACC, 2009). La situación excepcional del cannabis probablemente obedezca a cuatro factores: la ausencia de economías de escala en el proceso de preparar el producto agrícola para el consumo; el gran volumen por valor unitario (aproximadamente 10 veces el peso por valor unitario a nivel de mayoreo, ONDCP (2004b)), que eleva considerablemente los costos de contrabando; el alto rendimiento por acre, que hace posible el cultivo en espacios cerrados (Bouchard, 2008); y la existencia de un mercado especializado de usuarios y cultivadores interesados en obtener mejores variedades de la planta (Navarro, 1996).

Las drogas sintéticas son producidas en los países desarrollados (como el éxtasis en los Países Bajos) y en las naciones pobres (por ejemplo, Myanmar provee metanfetaminas a Corea, China y Tailandia) (Jagan, 2003). Algunos mercados ricos obtienen sus provisiones de drogas tanto en el propio país como en naciones en desarrollo (por ejemplo, las metanfetaminas consumidas en los Estados Unidos de América son producidas tanto allí como en México).

Hay un sinnúmero de daños vinculados con la producción. Sin embargo, el peor daño generado por la producción de coca y opio probablemente sea la corrupción, tanto en el sentido estricto (por ejemplo, el pago de sobornos) como en un sentido amplio (al socavar la legitimidad del estado).

El cultivo se hace de manera abierta en la mayoría de los países productores de coca y opio y el agricultor es vulnerable ante cualquier funcionario que amenace aplicar la ley (en el caso de Afganistán, véase Ward et al., 2007). La corrupción sistémica, en la cual todo un organismo es corrupto, es esencial para el cultivo sin disimulo, a menos que el gobierno simplemente decida ignorar la violación de la ley y no tomar ninguna medida. En otros entornos, por ejemplo en las regiones de cultivo de Myanmar, grupos casi estatales han reemplazado al estado central. Los impuestos a los cultivadores se convierten entonces en parte importante de la base impositiva para grupos tales como el Ejército Unido del Estado Wa (Yawnghwe, 2005).

La mayor amenaza de corrupción proviene de elaboradores y traficantes en las naciones productoras. En contraste con las típicas organizaciones comercializadoras de los países que constituyen el mercado final, estas organizaciones incluyen algunas de las más grandes y organizadas operaciones de tráfico de drogas del mundo, como las de los grupos colombianos de traficantes de cocaína en los años ochenta (Clawson y Lee, 1996), los contrabandistas mexicanos desde el año 1990 (Cook, 2007) y los capos de la droga en Afganistán. Por ejemplo, las organizaciones de traficantes de México, que manejan tanto la heroína producida en el país como la cocaína colombiana, han corrompido los más altos niveles de gobierno. En el año 1997, el funcionario gubernamental mexicano que actuaba esencialmente como czar en la lucha contra las drogas, un general retirado del ejército, fue condenado a prisión por aceptar pagos de un grupo de traficantes (Preston, 1997).

Otro grupo de países, si bien no son productores, generan grandes ingresos provenientes del tráfico entre los países productores y las naciones consumidoras. Se destacan entre esos países Irán y Turquía, que desde hace mucho desempeñan ese papel, y las naciones de Asia Central, que han comenzado a hacerlo desde el desarrollo del mercado ruso de heroína a fines de los años noventa (Paoli et al., 2009a). En algunas de esas naciones, la violencia y la corrupción son tan considerables como en los países productores. No obstante, en general el tráfico (incluido el contrabando) genera una corrupción más restringida, en parte porque es menos visible y tal vez menos continua.

Todos los principales países de producción y de tránsito de coca y opio tienen problemas crónicos de corrupción, además de los relacionados con las drogas. Esto no es una coincidencia. Es más fácil que la producción de drogas eche raíces en países donde hay una cultura preexistente de corrupción. Aún cuando la industria de las drogas solo exagera la corrupción preexistente, el efecto puede seguir siendo muy grave. En algunos países, las drogas generan una gran parte de todos los ingresos posibles para los funcionarios corruptos. Esa es probablemente una caracterización adecuada de Tayikistán desde fines de los años noventa, ya que es posible que en ese país los ingresos provenientes del tráfico de heroína equivalgan al 50% del PIB registrado y, por lo tanto, generen una enorme proporción de los ingresos de los funcionarios públicos (Paoli et al., 2009a).

El caso de Tayikistán también ejemplifica los problemas de la corrupción en el sentido más amplio de la corrupción de la sociedad, no solo de individuos específicos. La producción y el tráfico de drogas pueden contribuir a la inestabilidad política y la violencia. En algunas naciones, el gobierno esencialmente se convierte en parte del sistema mismo de tráfico (Paoli et al., 2007). En Colombia, los izquierdistas FARC han obtenido gran parte de su financiamiento de los impuestos cobrados a los agricultores de la coca desde el colapso del cartel de Medellín a comienzos de los años noventa (Thoumi, 2003). Poderosos jefes de grupos de insurrectos que dependen mucho de los impuestos a la industria del opio y la heroína continúan desestabilizando Afganistán (Goodhand, 2005). En Bolivia, una organización de agricultores de coca se convirtió en una importante fuerza política y resistió los esfuerzos del gobierno central por eliminar la industria (Black, 2005). Su líder, Evo Morales, obtuvo el segundo lugar en la elección presidencial del año 2002 y luego ganó la presidencia en el año 2005.

La lista de daños para los países productores se extiende más allá de la corrupción. Hay afirmaciones permanentes de que el daño ecológico causado por el cultivo, el procesamiento y/o la erradicación de la coca puede ser sustancial (véase, por ejemplo, Vargas, 2002), si bien una reciente evaluación del riesgo puso en tela de juicio la magnitud de los problemas relacionados con la erradicación (Solomon et al., 2005). Los daños también se originan directamente de la producción de las drogas (Porter y Armstrong, 2004). La expansión de los ingresos generados por la importación puede provocar aumentos desafortunados y no buscados en los tipos de cambio, que dañan al resto de la economía, una versión de la maldición de los recursos o “enfermedad holandesa” (Ward et al., 2007).

Sin embargo, también es importante tomar nota de los beneficios económicos de la producción de drogas. Para unos pocos países, se ha convertido, en momentos específicos, en una fuente predominante de riqueza. A mediados del primer decenio del siglo XXI, esto parece ser cierto en el caso de Afganistán. En el año 2003, Afganistán, como resultado de los precios históricamente muy altos del

opio, puede haber generado US\$ 2,8 mil millones de ingresos adicionales provenientes de la producción de opio y el tráfico de heroína, que equivalen a 30% del total nacional del PIB legítimo (Byrd y Ward, 2004). Si bien esos porcentajes tan altos son excepcionales, hay otros países (como Bolivia, Colombia y Myanmar) en los cuales los ingresos generados por las drogas ocasionalmente tienen una considerable transcendencia regional.

5.5 Daños causados por los mercados en los países ricos

Regresemos ahora a la distinción entre mercados y sitios de venta. Algunas, pero no todas las ventas de drogas al menudeo, se realizan en un lugar específico. Los mercados callejeros y las casas de venta de crack son lugares físicos donde ordinariamente se venden drogas ilegales (Jacobs, 1999; Wilkins et al., 2005). La ciudad de Nueva York era famosa por los flagrantes sitios de venta callejeros que molestaban a los vecinos (Zimmer, 1987), pero esos sitios de venta han evolucionado (Johnson, 2003). Ahora son comunes las ventas “mediante un localizador”, en las que los usuarios envían mensajes a sus proveedores, o los llaman por medio de teléfonos celulares, para acordar reunirse en un lugar específico, como un restaurante, donde la venta de drogas no es algo de rutina ni flagrante. Asimismo, parece que la marihuana se vende básicamente por medio de redes de amigos y no por conducto de transacciones a corta distancia entre personas que interactúan básicamente como comprador y vendedor de las drogas (Caulkins y Pacula, 2006; Coomber y Turnbull, 2007). Un estudio del mercado de éxtasis en Amsterdam, Barcelona y Turín encontró pocas pruebas de que se hubiera desarrollado un lugar público para la venta del éxtasis (Massari, 2005).

Los mercados de drogas generan algunos daños sin importar que tengan un sitio fijo, sean virtuales o dispongan de una red social, si bien Burr (1983, 1984) ofrece descripciones de mercados bien organizados de opiáceos en Londres en los años ochenta. Se destacan entre esos daños la pérdida de tiempo productivo de los vendedores de drogas, que abandonan actividades escolares o laborales legítimas (Harwood et al., 1998), y la acumulación de personas (en su mayoría vendedores) con antecedentes criminales, que posteriormente encuentran difícil reingresar a los mercados laborales legítimos después de abandonar sus actividades de venta de drogas ilegales (Bourgois, 1996).

Las dimensiones de estos daños tal vez dependan en cierta medida de las políticas. Cuando la aplicación de la ley es enérgica, se pueden requerir más vendedores para abastecer a un determinado número de usuarios, en parte porque cada vendedor quiere atender a una cantidad menor de clientes, y en parte porque las condenas a prisión por largo tiempo tal vez den la oportunidad de que haya traficantes sustitutos y compliquen los esfuerzos por rehabilitar a los vendedores sentenciados. No obstante, no es posible hacer afirmaciones más sólidas acerca de la política ya que estos daños han sido poco estudiados. Estos daños se relacionan con los vendedores, no con los usuarios, y pueden por lo tanto ser pasados por alto en las investigaciones orientadas a la salud. Como las “víctimas” directas de esos daños son los mismos vendedores de drogas, los defensores de la ley y el orden pueden considerar que reducir esos daños tiene poca prioridad.

Sin embargo, los daños más destacados relacionados con el mercado se originan en los sitios de venta e incluyen, en orden creciente de gravedad, la alteración del orden, los delitos patrimoniales y la violencia. Aun la “simple” alteración del orden puede ser un problema importante (Zimmer, 1987).

La alteración del orden fue una de las principales razones para que Zurich abandonara su famoso experimento del “parque de las agujas”, donde la policía toleraba la venta y la compra abiertas de drogas en un parque situado detrás de la principal estación ferroviaria, y que dio como resultado un gran aumento del número de usuarios en la zona céntrica (MacCoun y Reuter, 2001a).

No está claro cuánta alteración adicional del orden es causada por la concentración de los participantes en el mercado en sitios específicos, además de simplemente hacer que los individuos perturbadores sean más visibles al reunirlos en un solo sitio. Los defensores de la teoría de la “ventana rota” (Wilson y Kelling, 1982) podrían aducir que signos visibles de alteración del orden causan delitos posteriores al indicar a los perpetradores que no se aplican las normas sociales tradicionales (Kelling y Coles, 1996), pero los criminólogos han criticado la interpretación causal de la hipótesis de la ventana rota en relación con los delitos (por ejemplo, Sampson y Raudenbush, 1999, pero véase también Keizer et al., 2008). La alteración del orden puede también desalentar la inversión empresarial y afectar las modalidades de migración (Skogan, 1990), aun cuando no promueva directamente delitos graves. La atribución causal concerniente a la correlación observada entre la presencia del tráfico de drogas y la ausencia de otras actividades comerciales (Ford y Beveridge, 2004) también es complicada porque los lugares donde ya existe la alteración del orden son un punto de convergencia alrededor del cual se puede consolidar un sitio de venta (Kleiman, 1992).

La concentración de los delitos patrimoniales es una preocupación casi universal en relación con los sitios de venta de drogas costosas (por ejemplo, la heroína, la cocaína y los estimulantes del tipo de las anfetaminas, en contraste con el cannabis). Los estudios del costo de la enfermedad efectuados en Australia y los Estados Unidos de América estiman que aproximadamente la cuarta parte de los delitos patrimoniales a nivel nacional son cometidos para financiar la adquisición de drogas ilegales (Harwood et al., 1998; Collins y Lapley, 2002). En un índice de los daños causados por las drogas recientemente elaborado por el gobierno británico, con el cual se busca medir el costo social de las drogas ilegales, los crímenes patrimoniales representan la mayoría de los daños (MacDonald et al., 2006). Presumiblemente, los individuos dependientes de drogas cometen delitos adicionales para financiar compras que no son de drogas (alimentos, renta, etc.) porque su consumo de drogas reduce el acceso a ingresos legítimos (Moore y Caulkins, 2005). Dada la concentración de usuarios dependientes de las drogas en ciertos vecindarios, en particular los que albergan sitios de venta, la carga de delitos en esos vecindarios puede ser muy grande.

Sin embargo, la consecuencia más notoria y grave de los mercados de drogas tal vez sea la promoción de la violencia, al menos en países como los Estados Unidos de América donde hay una amplia disponibilidad de armas de fuego y una cultura subyacente de violencia. Como se describió anteriormente en el capítulo 4, es útil distinguir tres tipos de delitos relacionados con las drogas (Goldstein, 1985): los “delitos psicofarmacológicos” que se originan en los efectos de las drogas sobre el usuario (por ejemplo, mediante la ebriedad y la desinhibición); los “delitos compulsivos de carácter económico” cometidos para financiar la compra de drogas; y los “delitos sistémicos” vinculados con los mercados y la distribución de las drogas (interpretados a nivel popular como “disputas por el territorio” entre traficantes, pero que probablemente con frecuencia sean resultado de transacciones de drogas que salen mal). Caulkins y sus colegas (1997) estiman que, en el caso de la cocaína en los Estados Unidos

de América, los delitos sistémicos relacionados con ese mercado representan la mitad de todos los delitos vinculados con las drogas. La proporción puede ser incluso más alta cuando se trata de la violencia mortal. Brownstein y sus colegas (1992) señalan que más de la mitad de los homicidios en una muestra de la ciudad de Nueva York se relacionaban con las drogas y 74,3% eran delitos sistémicos. Solo 3,7% eran casos de violencia compulsiva de carácter económico. Estas estimaciones son específicas para un momento y un lugar y las cifras pueden ser totalmente diferentes en otras ciudades o países. El mercado de crack en Nueva York estaba en su apogeo a fines de los años ochenta y la ciudad estaba gravemente afectada por la droga.

Además, Brownstein y sus colegas (1992) observan que muchos homicidios que no fueron definidos como relacionados con las drogas ocurrían en sitios de venta de drogas o involucraban a perpetradores y/o víctimas de conocida participación en el uso y tráfico de drogas. Así como la dependencia de drogas puede causar delitos patrimoniales que no son cometidos específicamente para financiar la adquisición de drogas, también los sitios de venta de drogas pueden generar violencia que no está relacionada directamente con las drogas. Hay múltiples vías causales indirectas. Blumstein y Cork (1996) identificaron una: la difundida posesión de armas de fuego por los vendedores jóvenes. Los jóvenes están desproporcionadamente involucrados en episodios de violencia. Cuando los jóvenes están armados a causa de su actividad de venta de drogas, es más probable que los altercados ordinarios sobre los precios o los triángulos amorosos sean mortales.

Una cultura subyacente de violencia puede ser una condición previa para la difundida violencia relacionada con los mercados, pero no es una condición suficiente. La ausencia relativa de violencia en los mercados estadounidenses de marihuana puede ser atribuida al costo relativamente bajo de esa droga, pero vale la pena señalar que, incluso en Nueva York en los años ochenta, la heroína rara vez estuvo involucrada en homicidios (Goldstein, 1999). Los grados de violencia en los mercados de drogas en otros países ricos parecen ser mucho más bajos que en los Estados Unidos de América, pero las ocasionales olas de homicidios en los mercados europeos sí adquieren gran notoriedad pública (New York Times, 1998), como sucedió con un homicidio reciente en el aeropuerto de Sydney relacionado con pandillas de motociclistas (Asia Pacific News, 2009).

Otro daño de los sitios de venta es la mayor disponibilidad de drogas porque estos mercados operan continuamente y la mayoría están dispuestos a abastecer a extraños, incluidos los nuevos usuarios (Reuter y MacCoun, 1992). La constante disponibilidad (y visibilidad) creada por los sitios de venta también puede incitar a reincidir a los usuarios dependientes en recuperación, ya que las tasas de recuperación pueden depender enormemente del entorno social (Robins et al., 1974).

La corrupción es otro daño relacionado con el mercado en los países consumidores, al igual que lo es en los países productores y de tránsito. Los vendedores y usuarios de drogas son fácilmente extorcionados por los policías, quienes a menudo reflejan la actitud ambivalente de la comunidad en la que se encuentran y están dispuestos a aceptar sobornos. Muchos países ricos han presenciado episodios recurrentes de corrupción sistémica en relación con la aplicación de las leyes, como sucedió con la indagación policial en Nueva Gales del Sur a fines de los años noventa (Wood, 1997), el escándalo holandés de comienzos de los años noventa y la brigada de homicidios de Miami en los años ochenta

(Anderson y Prout, 1985). Se podría esperar que la corrupción fuera más aguda en los sitios de venta, pero en Nueva York la corrupción parece haber sido en los años sesenta un problema mayor que durante el período de flagrantes mercados callejeros en los ochenta. El factor más importante tal vez sea que la aplicación de la ley esté concentrada en un solo organismo, lo que implica que es necesario corromper únicamente a una persona o grupo, en contraste con actividades de aplicación de la ley distribuidas en múltiples organismos cuyas jurisdicciones se traslapan. Cuando los organismos están sobrepuestos, ningún grupo puede garantizar protección y todo funcionario corrupto es descubierto cuando sus clientes son arrestados por otro organismo.

Desde hace mucho existe la preocupación de que la distribución de drogas genere un tipo especial de actividad delictiva llamada “crimen organizado”. Las organizaciones de la mafia italiana y estadounidense fueron alguna vez muy activas en el mercado de la heroína, tanto a nivel nacional como, en el caso de la mafia siciliana, en el plano internacional (Paoli, 2003). Los sindicatos de Medellín y Cali que operaban en Colombia en los años ochenta constituyen otro ejemplo en el que el tráfico de drogas se asoció con grandes organizaciones poderosas y políticamente influyentes. Sin embargo, las investigaciones recientes indican que estas son excepciones. Los mercados de drogas en las naciones consumidoras son abastecidos principalmente por pequeñas empresas independientes (Natarajan y Hough, 2000; Pearson y Hobbs, 2001). Eso tal vez refleje el imperativo y la capacidad del estado moderno de aplastar a organizaciones que desafían el poder coercitivo del gobierno.

Por último, aun cuando los sitios de venta simplemente concentren las alteraciones del orden, los delitos patrimoniales, la violencia, la disponibilidad y la corrupción en ciertos vecindarios sin aumentar la cantidad total de daños, esa concentración espacial sigue siendo importante por al menos dos razones. En primer lugar, hay obvios problemas de distribución asociados con la concentración de los daños relacionados con las drogas en zonas de pobreza. En segundo, la concentración espacial hace más fácil poner en práctica programas para mitigar o compensar esos daños relacionados con el mercado, además de las conocidas estrategias basadas en el lugar para abordar los daños relacionados con el uso. Esa oportunidad no se considera con frecuencia, tal vez porque se piensa que los mercados constituyen el ámbito para la aplicación de la ley y la reducción de los daños compete a la salud pública, pero la aplicación de la ley podría cumplir una función importante en la reducción de los daños relacionados con las drogas, aun cuando la adaptabilidad del mercado antes señalada a veces hace difícil que las medidas de aplicación de la ley reduzcan el volumen total de drogas distribuidas mediante esos mercados (Caulkins, 2002; Curtis y Wendell, 2007).

5.6 Conclusiones

El capítulo 4 documentó la carga mundial de morbilidad asociada con el uso de drogas. No existe aún una base científica similar que cuantifique la carga social y económica representada por los mercados de drogas. No obstante, la carga total sin duda es una parte importante de lo que preocupa a la sociedad en relación con las drogas ilegales.

La mayoría de los daños relacionados con los mercados son una consecuencia de actividades encaminadas a reducir el uso de drogas, en particular las leyes y los programas asociados que prohíben la producción, distribución y posesión de drogas ilegales. Eso significa que vale la pena preguntarnos,

como lo hacemos en el capítulo siguiente, si otros regímenes jurídicos podrían reducir los daños combinados totales asociados con el uso de drogas y con los mercados de las drogas; al mismo tiempo, esto no implica que otro régimen serviría mejor el bien público. Los beneficios de un menor uso como resultado de la prohibición pueden anular los daños causados por el mercado que crea la prohibición, pero esa es una cuestión empírica que no ha sido abordada en forma sistemática.

También tenemos que tener en cuenta que la gravedad de los daños relacionados con el mercado no es una constante inmutable. Así como algunos programas y políticas pueden agravar o aminorar los daños asociados con el uso de drogas, otros programas y políticas pueden agravar o aminorar las consecuencias perjudiciales de los mercados de drogas.

6. El mercado legal: la prescripción y la desviación de psicofármacos

6.1 Introducción

En el capítulo anterior se describió lo que se sabe acerca de la estructura, los precios y los productos de los mercados ilegales de drogas y la naturaleza y la magnitud de los perjuicios que originan. En este capítulo, describiremos otro mercado de drogas: el constituido por una industria farmacéutica internacional que opera legalmente en las economías de mercado de la mayoría de los países. Hay varias razones para incluir este capítulo en un libro sobre drogas ilegales. En primer término, la canalización de **sustancias farmacéuticas** provenientes de fuentes legales al mercado ilícito o a personas que no son los destinatarios previstos se ha convertido en una importante fuente de oferta para los usuarios callejeros de drogas en algunos países (véase, por ejemplo, Fischer y Rehm, 2007). El término **desviación** describe este fenómeno (Inciardi et al., 2007). En segundo lugar, los mercados legales están sujetos a la reglamentación gubernamental y otros tipos de control, con lo cual proporcionan un posible mecanismo para prevenir el **uso indebido de drogas**. Este aspecto será analizado en el capítulo 12. Como el propósito del presente capítulo es describir un contexto importante para el abastecimiento de drogas, nos concentraremos aquí en la provisión y el uso de **fármacos psicoactivos** (es decir, medicamentos creados para aliviar el dolor u otro tipo de angustia psicológica) y no en los beneficios y los perjuicios resultantes de su uso.

Este capítulo comienza con una introducción histórica a los orígenes de los fármacos psicoactivos (también llamados indistintamente **psicofármacos**) y las formas en que son producidos y comercializados. Después de describir cómo está organizada a nivel mundial la industria farmacéutica, señalamos que, con el avance de la medicina moderna y, en particular, la psiquiatría, se ha producido un aumento considerable de las recetas para trastornos mentales y problemas psicológicos y es más fácil emplear esos medicamentos recetados. Esta situación ha tenido en algunos países consecuencias importantes para el mercado de drogas ilegales. El capítulo concluye con un análisis de la pregunta: ¿Cuán separados están el mercado reglamentado y el no regulado? La respuesta es que los dos mundos no están tan separados como podría parecer a primera vista.

6.2 Breve historia de la industria farmacéutica

En el siglo XIX, en Europa y América del Norte los farmacéuticos y los médicos todavía preparaban la mayoría de los medicamentos inmediatamente antes de dispensarlos y la materia prima para sus recetas provenía de extractos de plantas y una serie de otras fuentes. La producción y dispensación de medicamentos todavía se asemejaba a las prácticas tradicionales en muchas partes del mundo. A partir de esas prácticas tradicionales en Europa y América del Norte, la producción farmacéutica evolucionó en dos direcciones. Una condujo al surgimiento de la fabricación de sustancias químicas farmacéuticas, inicialmente en Alemania. Al principio, las sustancias químicas que constituían la materia prima eran enviadas al químico preparador, quien elaboraba las píldoras o las soluciones que se dispensaban al menudeo. La otra llevó a la aparición de medicamentos de patente cuyos ingredientes no siempre eran divulgados, preparaciones secretas de dudosa efectividad vendidas como remedios para diversas dolencias, en particular en Gran Bretaña y los Estados Unidos de América (Young, 1961; Berridge, 1999). Los medicamentos de patente pueden ser considerados los precursores de la fabricación y comercialización de los fármacos modernos porque eran productos de composición fija elaborados en forma central y dispensados al menudeo en recipientes sellados. A mediados del siglo XX, el químico preparador estaba desapareciendo a medida que los fabricantes elaboraban la mayoría de las píldoras y otras preparaciones farmacéuticas.

Entonces, como ahora, la producción farmacéutica era altamente rentable, si bien ha cambiado la base de esa rentabilidad especial. Entonces, el hecho de que la fórmula de un medicamento de patente era secreta daba al medicamento popular una ventaja monopólica sobre sus competidores menos conocidos. Ahora, la ventaja competitiva depende especialmente de la patente que obtenga el fabricante, ya sea para un fármaco nuevo o para un nuevo uso de un fármaco ya existente, la cual dura una cantidad limitada de años.

6.2.1 La industria farmacéutica mundial

Con el transcurso de los años, la industria farmacéutica se ha vuelto cada vez más globalizada. En la actualidad, las 50 empresas farmacéuticas principales, clasificadas según la importancia de sus ingresos provenientes de la atención de salud, tienen todas su sede en países desarrollados: 22 en los Estados Unidos de América, 16 en Europa Occidental, 10 en Japón, una en Israel y una en Australia (Anónimo, 2007). El predominio estadounidense en la industria refleja en parte las circunstancias especiales de los fármacos en los Estados Unidos de América, dada la fragmentación y la falta de control efectivo de los costos en el ámbito de la atención de salud. En parte como resultado de esto, 45% de los ingresos totales de la industria farmacéutica mundial provienen de ventas en América del Norte: US\$ 290,1 mil millones en el año 2006, de un total mundial de US\$ 643 mil millones (Alva, 2007).

6.2.2 Las grandes oleadas de fármacos psicoactivos

Los psicofármacos siempre han sido una porción considerable de los productos de la industria farmacéutica y las sustancias psicoactivas a menudo fueron combinadas con otros ingredientes con el fin de elaborar remedios para una serie de enfermedades. Por ejemplo, muchos medicamentos de patente del siglo XIX contenían opio o (al concluir el siglo) cocaína. A fines del siglo XIX y comienzos del XX, un país o estado tras otro lucharon largas batallas para limitar la disponibilidad de esos medicamentos psicoactivos (Young, 1961; Berridge, 1999). La creciente preocupación por el comercio de

opio chino y el uso indiscriminado de patentes generaron el surgimiento del control internacional de las drogas, inicialmente de los “estupefacientes” (véase el capítulo 13).

El último siglo ha presenciado una sucesión de distintos tipos de drogas en las preferencias de los médicos para el tratamiento de trastornos psicológicos (Medawat y Hardon, 2004). La era del tratamiento con opio, alcohol, morfina y cocaína fue seguida de otra de tratamiento con hidrato de cloral o bromuros, medicamentos que a su vez cedieron el paso a los barbitúricos en los años treinta. En los sesenta y los setenta, estos últimos fármacos fueron sustituidos por las benzodiazepinas. A partir de los años noventa, comenzó la era de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o antidepresivos. La historia recurrente de estas oleadas de nuevos tipos de drogas presenta dos aspectos: comenzaban con una oleada inicial de gran entusiasmo, con una considerable sobreampliación de los trastornos para los cuales se prescribían los medicamentos, que era seguido de un período de dudas a medida que, con una mayor experiencia con el tipo de droga, se volvían evidentes los efectos adversos y una efectividad inferior a la esperada. Uno de los efectos adversos del nuevo tipo de droga con frecuencia ha sido que propicia su propia forma de dependencia física. Esto generalmente ha implicado que, finalmente, cada tipo de droga fuera sometida a fiscalización internacional, como sucedió, por ejemplo, con los barbitúricos y las benzodiazepinas que con el tiempo fueron incluidas en el tratado internacional del año 1971 sobre sustancias psicotrópicas (véase el capítulo 13).

A medida que nuevos tipos de drogas adquirían preponderancia en el tratamiento de los trastornos psicológicos, las drogas de los tipos anteriormente en boga continuaban en un uso más limitado, con frecuencia para muchas menos indicaciones. Sin embargo, un tipo de drogas que ha conservado un uso amplio son los opiáceos, básicamente empleados para aliviar el dolor en una amplia gama de especialidades médicas.

Muchas de las grandes empresas farmacéuticas han estado por mucho tiempo activamente involucradas en la producción de medicamentos psicoactivos. Por ejemplo, el mercado de esos medicamentos representa cerca de la quinta parte del actual mercado farmacéutico en los Estados Unidos de América. En términos de ventas, en el año 2001 la participación de los antidepresivos y tranquilizantes en el mercado de productos farmacéuticos era de 8,1%, la de los analgésicos estupefacientes, de 3,6%, la de los anticonvulsivos, de 2,7%, la de los antipsicóticos, de 2,6%, y la de los ansiolíticos, de 1,6% (National Institute for Health Care Management, 2002).

Las grandes empresas farmacéuticas en general se han mantenido alejadas del mercado de opiáceos, que han dejado a los pequeños productores. Una excepción es Schering Plough, distribuidora de la buprenorfina en los Estados Unidos de América, que está en la segunda línea de empresas farmacéuticas (ocupa el 16º lugar en términos de ingresos mundiales). Las tribulaciones de otra empresa relativamente pequeña, Purdue Pharma, fabricante del OxyContin, revelan otra razón para mantenerse fuera del mercado. La empresa y tres de sus anteriores ejecutivos fueron encontrados culpables de haber “engañado a médicos y pacientes cuando afirmaron que era menos probable que se produjera abuso de la droga, en comparación con los estupefacientes tradicionales”, y fueron sentenciados por un tribunal estadounidense a pagar un total de US\$ 634,5 millones en concepto de multas (Meier, 2007). Esta fue una cantidad grande en términos absolutos, pero representó solo una fracción de las ganancias

obtenidas por Purdue con el OxyContin. El problema de imagen más amplio que resulta de la asociación con drogadictos probablemente también desaliente el ingreso de empresas grandes en ese sector del mercado farmacéutico.

6.2.3 La promoción de medicamentos psicoactivos

La sucesión de nuevos medicamentos psicoactivos es en parte impulsada por los avances de la ciencia, pero también intervienen otras fuerzas. A medida que se volvían más claros los problemas inherentes a cada nueva oleada de fármacos, se creaba un espacio conceptual para la siguiente oleada, que a su vez podía ser presentada por la industria como un avance científico no entorpecido por los problemas manifiestos de la oleada anterior. El proceso también era impulsado por diversos intereses, no solo de los fabricantes de productos farmacéuticos sino también de los médicos alópatas, los entusiastas de las ciencias del cerebro y la industria de la publicidad, cuyos orígenes como una industria independiente se remontan a la comercialización de medicamentos de patente (Young, 1961). A medida que la industria farmacéutica dedicó más y más recursos a las ventas y la promoción (se estima que 36% de sus ingresos se destinan a “comercialización y administración”; Angell, 2004), se convirtió en una fuerza para cambiar las interpretaciones culturales y los modelos de comportamiento. Si bien los pacientes de los hospitales para enfermos mentales pueden haber sido el foco inicial para los medicamentos psicoactivos, la industria posteriormente amplió el concepto de trastorno psicológico para incluir problemas de la vida cotidiana.

Hasta hace poco, los médicos eran el blanco ostensible de las actividades promocionales de la industria. La falta de publicidad directa dirigida al público había sido la diferencia principal entre la industria farmacéutica “ética” y la industria de los “medicamentos de patente”; leyes o reglamentos prohibían la publicidad dirigida al público en la mayoría de los lugares (Conrad y Leiter, 2008). A medida que se diluyeron las prohibiciones, las actividades de comercialización de la industria adoptaron una doble estrategia. Por una parte, la industria buscó crear la demanda de los pacientes mediante la publicidad y artículos de apoyo de circulación general, que identificaban un tipo particular de trastorno psicológico y afirmaban que había medicamentos para controlarlo o curarlo. A menudo el trastorno recibía un nombre nuevo, socialmente más aceptable. Por ejemplo, *sociofobia* se convirtió en *trastorno de ansiedad social* junto con el reposicionamiento por Smith Kline Beecham de la paroxetina (Paxil) como remedio para ese trastorno (Medawar y Hardon, 2004). Por otra parte, la publicidad y la información dirigida a los médicos promovían el medicamento de la empresa particular como el remedio que había que recetar para el trastorno. Con el tiempo, la industria encontró este método demasiado indirecto y, después de una larga lucha, logró obtener la aprobación para la publicidad directa al consumidor en los Estados Unidos de América en el año 1997 (Robinson, 2001). Ahora la industria está ejerciendo una fuerte presión en la Unión Europea (European Public Health Association, 2004; SourceWatch, 2008) y en otras partes para extender la publicidad directa al consumidor a nivel mundial.

La combinación del entusiasmo de los médicos y la promoción por los intereses farmacéuticos tienen resultados sustanciales en la sociedad. Se estima que, para mediados de los años setenta, entre 10% y 20% de los “pacientes ambulatorios adultos” en los Estados Unidos de América y otros países occidentales usaban ordinariamente benzodiazepinas (Medawar y Hardon, 2004). La medicalización de problemas comunes de la infancia como el trastorno de déficit de la atención e hiperactividad fue acompañada en

los Estados Unidos de América de la septuplicación de las recetas del estimulante Ritalin (Buckmaster, 2003), a pesar de que los análisis actuales indican que ese trastorno se relaciona más con un atraso del desarrollo que con un trastorno psiquiátrico (Carey, 2007). En el recuadro 6.1 se presenta otro ejemplo de cómo las promociones de la industria, en este caso la introducción de un nuevo antidepresivo, cambió en forma espectacular las prácticas de diagnóstico y tratamiento de todo un país en el transcurso de unos años.

A nivel cultural general, los esfuerzos de las empresas farmacéuticas y sus aliados por promover medicamentos psicoactivos para estados mentales han tenido mucho éxito. Nikolas Rose (2007) señala que el predominio de esta idea ha convertido a los Estados Unidos de América y Europa en “sociedades psicofarmacológicas” donde “las capacidades subjetivas humanas han llegado a ser ordinariamente reconfiguradas por medicamentos psiquiátricos” (p. 146). La idea de que los estados mentales pueden y deben ser manipulados con sustancias psicoactivas proporciona un fértil terreno conceptual no solo para el uso médicamente aprobado de psicofármacos sino también para la desviación de medicamentos y el uso ilegal de esas sustancias fuera de los límites de la aprobación médica.

Recuadro 6.1 Introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en Japón después del año 1999

En Japón, se aprobó el uso de los primeros ISRS en el año 1999, fecha bastante tardía en comparación con Europa y América del Norte. Según un observador (Applbaum 2006, p. 89), se habían retrasado los ISRS porque las empresas farmacéuticas internacionales habían aceptado inicialmente la opinión de expertos locales de que “los japoneses casi no sufren depresión”. Una táctica de las empresas después de la introducción fue una campaña “orientada a aumentar el *reconocimiento* del público de cuán difundidos están trastornos tales como la depresión, la ansiedad, el pánico, la bulimia, la sociofobia y otros problemas relacionados. Este propósito es facilitado por la cooperación de preocupados profesionales de la medicina, funcionarios públicos y periodistas, que supuestamente reconocen que no se diagnostican suficientemente la depresión y la ansiedad como un mal social que se puede remediar despertando la conciencia del público acerca de los síntomas y el carácter tratable de esos trastornos” (Applbaum, 2006, p. 103). Las tácticas aplicadas en las circunstancias japonesas a menudo fueron reproducciones de campañas efectuadas en otra parte; “el director de comercialización de uno de los ISRS me mostró su plan de comercialización y explicó que era un calco del plan que se había usado en Gran Bretaña unos años atrás” (Applbaum, 2006, pp. 106-107). Para el año 2003, las tácticas tuvieron éxito en Japón. Las ventas de ISRS se habían quintuplicado en el país en un lapso de cinco años y GlaxoSmithKline por sí sola vio aumentar sus ventas de Paxil de US\$ 108 millones en el año 2001 a US\$ 298 millones en el año 2003 (Currie, 2005).

6.3 Modalidades mundiales del consumo bajo receta de psicofármacos

Con las series de datos encargadas a IMF, compañía que efectúa a nivel mundial el seguimiento de las recetas para las empresas farmacéuticas y otros clientes, Rose (2007) examinó el uso de psicofármacos en varios lugares: los Estados Unidos de América, Europa Occidental (los quince estados miembros de la Unión Europea), Japón, América del Sur, Sudáfrica y Pakistán. El cuadro 6.1 muestra las

modalidades de uso de recetas en términos de unidades estándares de dosificación por cada mil habitantes en el año 2001.

Con respecto a los fármacos incluidos en el análisis de Rose, Europa Occidental y Japón no se quedan muy atrás de los Estados Unidos de América en cuanto al número total de recetas por persona, si bien existen algunas variaciones según el tipo de fármaco: los antidepresivos y los estimulantes son recetados con una considerablemente mayor frecuencia en los Estados Unidos de América, los sedantes son más frecuentes en Europa y Japón y los antipsicóticos son los fármacos recetados más a menudo en Japón. No obstante, la diferencia entre los Estados Unidos de América, Europa y Japón por una parte y, por otra, los países del hemisferio sur incluidos en la comparación de Rose es enorme, de casi diez veces más recetas por habitante. Un consumo de 75.000 unidades estándares de dosificación por cada mil habitantes al año representa el consumo diario por alrededor de 20% de la población total, suponiendo el empleo de un solo medicamento psicoactivo a la vez.

Rose también examinó las tendencias en la prescripción de medicamentos psiquiátricos entre los años 1990 y 2000. Durante ese decenio, las recetas para los cinco tipos de medicamentos mostrados en el cuadro 6.1 se duplicaron en los Estados Unidos de América, aumentaron 40% en Europa y se elevaron 22% en Japón. En Pakistán y Sudáfrica, el número de recetas se incrementó en más de una tercera parte, mientras que en América Latina permaneció estable. En consecuencia, las tendencias en los años noventa mostraron poca convergencia y hubo fundamentalmente una creciente divergencia entre las “sociedades psicofarmacológicas” y el resto del mundo.

Cuadro 6.1 Prescripción de medicamentos psiquiátricos en el año 2001, en unidades estándares de dosificación por cada mil habitantes

	Estados Unidos de América	Europa	Japón	América del Sur	Sudáfrica	Pakistán
Tranquilizantes	20.361	22.630	28.211	4.781	2.266	3.892
Antidepresivos	33.768	19.010	9.202	1.835	2.330	919
Sedantes e hipnóticos	7.362	15.562	14.721	1.299	1.701	387
Antipsicóticos	6.954	8.373	14.437	1.062	1.490	754
Psicoestimulantes	6.488	364	184	47	105	7
Total	74.934	65.940	66.755	9.023	7.892	5.868

Fuente: Rose (2007).

El análisis de Rose no incluye los opiáceos. Para ellos, debemos recurrir a los informes anuales de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (INCB, 2007a), que vigila la producción y el uso en el mundo de los opiáceos y otras sustancias abarcadas por los convenios internacionales (véase el capítulo 13). Los informes de la JIFE muestran un continuo incremento de la producción de opiáceos destinados al uso médico. En cuanto a las principales materias básicas alcaloides naturales para la producción de opiáceos, la JIFE observó en el año 2007 que “la fabricación de morfina y tebaína

alcanzó un nivel récord en el año 2005 [...] La fabricación de codeína, que se obtiene principalmente de la morfina, [...] también alcanzó un valor máximo” (INCB, 2007a, p.71).

El Cuadro 6.2 describe el consumo de medicamentos (opioides) “estupefacientes”, principalmente en forma de opioides sintéticos y morfina, en algunas regiones del mundo. En relación con el consumo per cápita, los Estados Unidos de América sobrepasan holgadamente al resto del mundo y su consumo representa el 70% del mercado mundial. Canadá, Europa, Australia y Nueva Zelandia constituyen el nivel intermedio de consumo per cápita y otras partes del mundo consumen cantidades relativamente bajas. Los Estados Unidos de América consume aproximadamente cinco veces más que la tasa general en Europa y unas 170 veces más que la tasa general de consumo en el resto del mundo.

Cuadro 6.2 Consumo de fármacos estupefacientes* (en dosis diarias definidas, DDD), años 2003-2005, por región

Región	Consumo por cada millón de habitantes en DDD	Población en miles de habitantes	Participación relativa en el consumo mundial ¹
Estados Unidos de América	33.532	298.213	70%
Unión Europea ²	14.133	32.268	3%
Europa Oriental ³	6.450	461.405	21%
Australia y Nueva Zelandia	191	215.231	0%
Japón	7.284	24.184	1%
Todos los demás países	116	5.036.513	4%
Todo el mundo	2.289	6.195.899	100%

Fuente: Nuestros cálculos basados en datos de la JIFE (INCB, 2006a).

* Los fármacos estupefacientes incluyen codeína (2% del total), fentanil (38%), hidrocodona (7%), hidromorfona (1%), metadona (26%), morfina (11%), oxicodona (5%), petidina (1%), tilidina (3%) y otros (5%).

1 Ponderada según los habitantes (NU).

2 Incluye también a Noruega y Suiza.

3 Albania, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania.

En el año 2004, los Estados Unidos de América consumió más de 200 toneladas de opioides derivados del opio y sintéticos (INCB, 2006a). Según los datos de ARCOS (sigla de Automation of Reports and Consolidated Orders System), más de 100 toneladas de fentanil, hidromorfona, meperidina, morfina y oxicodona fueron destinadas a uso médico en los Estados Unidos de América en el año 2002 y constituyeron una extensa base de medicamentos opioides en circulación, gran parte de ellos en manos de usuarios finales y disponibles para el uso indebido (Compton y Volkow, 2006; Kuehn, 2007). En comparación, las estimaciones oficiales de la cantidad de heroína pura consumida anualmente en el mercado ilegal estadounidense fueron de menos de 20 toneladas en el año 2000 (ONDCP, 2001a).

Parece muy improbable que las afecciones mentales estén distribuidas a nivel mundial con tal desequilibrada preponderancia en los Estados Unidos de América y Europa como sugerirían las modalidades de uso de los psicofármacos, y que el dolor esté distribuido mundialmente con ese desproporcionado predominio en los Estados Unidos de América, Canadá y Australia como indicaría el uso de opiáceos.

En cambio, las diferencias presumiblemente son generadas por una combinación de relativa opulencia, peculiaridades culturales y la influencia social de la comercialización farmacéutica. Lo que es notable en esta situación es el paralelo general entre el desequilibrio mundial en el uso de sustancias psicoactivas vendidas con receta y el desequilibrio en los mercados de drogas producidas ilegalmente. Esto tal vez también sea cierto en relación con los mercados de medicamentos desviados para usos no médicos.

6.4 Los mercados no regulados y la desviación de medicamentos

Hasta este momento, en el análisis se ha supuesto que los medicamentos psicoactivos son vendidos en un mercado reglamentado al usuario final y son empleados conforme a las instrucciones médicas, por lo general con una receta surtida por un farmacéutico (para un análisis de los regímenes de prescripción, véase el capítulo 12). No obstante, gran parte del uso de medicamentos psicoactivos se produce, en una u otra forma, fuera de este marco. Si bien a esto comúnmente se le llama *desviación*, presumiblemente de los canales de prescripción, el término más amplio usado por la JIFE en su informe para el año 2006 (INCB, 2007b) es *mercados no regulados*. Como se muestra en el recuadro 6.2, la JIFE distingue entre distintos métodos mediante los cuales medicamentos no regulados pueden llegar al mercado, ya sea desde fuentes oficiales o de otra forma, por ejemplo, mediante el robo, ventas no autorizadas, recetas falsas, fármacos falsificados y ventas ilegales por el Internet.

Recuadro 6.2 Métodos mediante los cuales fármacos no regulados llegan al mercado

1. Fuentes oficiales (canales regulados):
 - A. Los fármacos pueden ser robados de fabricantes autorizados, vendedores mayoristas o distribuidores minoristas. Fabricantes sin escrúpulos pueden elaborar y vender productos para cuya fabricación no tienen autorización, o vender productos contraviniendo las condiciones de su licencia. Los fármacos de mala calidad o que son retirados del mercado por el fabricante porque han caducado o tienen defectos de calidad pueden ser vendidos y llegar al mercado no regulado.
 - B. Los fármacos importados o los fármacos para exportación pueden llegar al mercado no regulado debido a robos o ventas no autorizadas.
 - C. Los fármacos pueden ser desviados de las instituciones de atención de salud y/o los prestadores de servicios de salud mediante robos o ventas no autorizadas.
 - D. Los fármacos controlados obtenidos legítimamente por minoristas o por las instituciones de atención de salud, por ejemplo, pueden ser robados o desviados al mercado no regulado; en algunos casos, personas que han obtenido esos fármacos usando recetas pueden venderlos para obtener una ganancia.
2. Otras fuentes:
 - E. Se pueden fabricar, importar o distribuir fármacos falsificados, que son ofrecidos al mercado no regulado, al igual que al mercado reglamentado. Fabricantes, importadores, exportadores, farmacéuticos, distribuidores e intermediarios sin escrúpulos han estado implicados en operaciones de ese tipo.
 - F. Los fármacos que son robados de personas que poseen recetas pueden llegar al mercado no regulado.
 - G. En el Internet, aun fármacos para los cuales se requieren recetas pueden ser obtenidos con relativa facilidad.

Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB, 2007b, p. 2).

Es difícil estimar la importancia relativa de estas distintas vías para la desviación de medicamentos. El problema no es nuevo. En el año 1965, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América sospechaba que “aproximadamente la mitad de los nueve mil millones de cápsulas y tabletas con barbitúricos y anfetaminas fabricadas anualmente en el país son desviadas al uso ilegal” (Anónimo, 1965). Como se describe en el recuadro 6.3, ha habido poca mejora desde entonces en cuanto a la disponibilidad de datos.

Con respecto a los robos, hay pruebas en los Estados Unidos de América de que algunas formas de delitos patrimoniales donde la propiedad en cuestión son opioides de venta con receta constituyen un medio de dirigir esos fármacos al uso ilegal. Inciardi et al. (2007) y Joranson y Gilson (2005) documentan que millones de dosis unitarias de diversos opioides de gran potencia (como la oxycodona, la morfina, la hidromorfona, etc.) fueron robadas o perdidas, principalmente en farmacias.

Recuadro 6.3 La carencia de información confiable acerca de la desviación de fármacos

En gran medida se carece y no existen en la literatura datos empíricos sobre los alcances y la magnitud de la desviación, así como sobre las modalidades de desviación asociadas con fármacos específicos susceptibles de abuso, las distintas poblaciones de usuarios y/u otros factores demográficos, socioculturales y psicosociales. De hecho, en una reunión reciente [...] sobre las ‘Repercusiones de la Formulación de los Medicamentos en la Predisposición al Abuso, la Seguridad y las Decisiones sobre Fiscalización’, representantes de organismos gubernamentales de fiscalización, la industria farmacéutica y la comunidad de la investigación acordaron que: 1) no hay datos sobre la magnitud de tipos particulares de desviación, 2) no existen datos sistemáticos acerca de cómo las cantidades masivas de drogas de venta con receta susceptibles de abuso llegan a las calles; y 3) no hay datos empíricos que pudieran ser usados para adoptar decisiones sobre la regulación y para elaborar planes sobre la prevención y el manejo de los riesgos relacionados con los fármacos de venta con receta. (Inciardi et al., 2007, p. 172).

Dado que los fármacos de venta con receta son regulados con la dispensación controlada por medio del sistema médico, quienes los prescriben y los dispensan han sido fuentes clave desde las cuales los fármacos de venta con receta son trasladados al uso ilegal. Los médicos y los farmacéuticos entregan los fármacos directamente a los usuarios finales o los ponen a disposición de “intermediarios” (por ejemplo, pacientes legítimos, personas que simulan estar enfermas o, incluso, profesionales médicos fraudulentos) que finalmente (a sabiendas o sin saberlo, con o sin fines de lucro) los ponen a disposición de consumidores para usos no médicos. Hay una gran discusión sobre la importancia de los médicos y los farmacéuticos en la desviación de fármacos al mercado ilegal. Si bien varios países, como los Estados Unidos de América, Canadá y el Reino Unido, han impuesto medidas disciplinarias muy publicitadas contra quienes ilegalmente prescriben opioides de venta con receta (Richard y Reidenberg, 2005; Dyer, 2004), Hurwitz señala que “es improbable que las recetas escritas por médicos deshonestos [...] constituyan una importante fuente de abastecimiento para el mercado negro ya que, por ejemplo, en el año 2002 era imposible que una población de 11 millones de adictos a los opioides de venta con

receta en los Estados Unidos de América fueran abastecidos por un pequeño grupo de médicos delincuentes (Hurwitz, 2005, p. 157). En los Estados Unidos de América, hay más de un millón de fabricantes, distribuidores, farmacias, hospitales, residencias que prestan servicios asistenciales y profesionales médicos registrados que proporcionan sustancias controladas de venta con receta (Hurwitz, 2005).

Los consumidores de drogas vendidas en las calles obtienen opioides u otros psicofármacos de venta con receta por medio de visitas a varios médicos o de la multiplicación de las visitas, que consiste en la declaración de falsas enfermedades a múltiples médicos y farmacias (Martyres et al., 2004, p. 212). Por ejemplo, Martyres y sus colegas (2004), examinaron los datos de archivo sobre recetas para una muestra de usuarios de heroína de 15 a 24 años de edad que habían muerto por una sobredosis vinculada con la droga entre los años 1994 y 1999 en el estado de Victoria, Australia. Encontraron que los 155 sujetos recibieron 5.860 recetas para medicamentos psicoactivos en un promedio de un poco más de cinco años; la mitad de los integrantes de la muestra habían visitado a más de ocho prestadores de distintos servicios médicos al año y los integrantes masculinos de la muestra recurrieron en promedio a 35 prestadores de esos servicios al año. Esa cantidad se elevó a 60 entre las mujeres incluidas en la muestra. Las recetas recibidas con más frecuencia (43%) eran para benzodiazepinas, seguidas de las recetas para opioides (11%). El promedio de recetas (para cualquier fármaco) recibidas aumentó en los cuatro años anteriores a la muerte, de cuatro por persona en el primer año a un máximo de 17 personas en el año anterior a la muerte.

Otro estudio (Fountain et al., 2000, p. 395) examinó la desviación de medicamentos de venta con receta por pacientes sometidos a un tratamiento en el Reino Unido. Después de observar que “no hay informes de que el contrabando, la fabricación ilícita y el crimen organizado intervengan en la distribución de fármacos de venta con receta en el Reino Unido”, los autores sugieren que la desviación es una actividad a nivel de menudeo en ese país y que “los usuarios de fármacos en tratamiento son los principales desviadores”. Los autores examinan la gama de motivos que detectaron para adquirir esos fármacos desviados: complementar una receta o, cuando se carece de receta, reemplazar una receta que no es para el fármaco o la formulación preferidos, como parte de una modalidad de uso de múltiples drogas, como una preferencia por las sustancias farmacéuticas en lugar de las drogas de producción ilícita y como autotratamiento.

Inciardi et al. (2007) establecieron grupos de discusión en Miami con adultos jóvenes usuarios de éxtasis, usuarios de cocaína y heroína, clientes en tratamiento de mantenimiento con metadona y desviadores de drogas de venta con receta positivos para el VIH e involucrados en el tráfico de drogas. Las vías de desviación variaron desde los canales lícitos de abastecimiento (por ejemplo, farmacias) al uso no médico de fármacos de venta con receta. Los autores sugieren que tal vez se subestime la contribución de los robos a residencias, los asaltos a farmacias y los robos en general al problema de la desviación de fármacos (Inciardi et al., 2007). Los informantes de Miami señalaron una gama más amplia de vías de desviación que los informantes de Londres. No está claro si esto refleja que los mercados informales para los fármacos de venta con receta estaban mejor organizados en Miami o, más bien, el hecho de que los investigadores obtuvieron la información de una gama más amplia de clientes.

También hay pruebas de que los opioides de venta con receta se venden en “mercados callejeros activos” (Inciardi et al., 2007). Sajan y sus colegas (1998) efectuaron una encuesta con una muestra de usuarios y traficantes de drogas callejeras en Vancouver, Canadá, y encontraron que opioides de venta con receta (incluidas las entonces bastante nuevas formulaciones de analgésicos opioides de liberación controlada, por ejemplo, MS-Contin) estaban disponibles en gran variedad y abundancia. Los investigadores encontraron que los opioides de venta con receta se vendían con considerables aumentos del precio, equivalentes a entre 10 y 40 veces el valor normal al menudeo, y eran usados como sustitutos de drogas ilegales como la heroína cuando no se disponía de ellas, o eran vendidos para generar fondos destinados a drogas más deseables (Goldman 1998, Sajan et al., 1998). Este fenómeno es por supuesto bien conocido por la población especial de pacientes sometidos a tratamiento de mantenimiento con metadona para la dependencia de opioides, muchos de los cuales venden o intercambian algunas de sus dosis de metadona con el fin de obtener drogas más deseables (Fountain et al., 2000; Ritter y Di Natale, 2005).

Estudios como estos, con informantes provenientes de poblaciones muy específicas, pueden dar resultados que difieren de los obtenidos en las encuestas de la población en general. La experiencia con medicamentos de venta con receta que se usan con propósitos no médicos está muy difundida en muchas poblaciones de jóvenes en general. Por ejemplo, en el estudio estadounidense Vigilando el Futuro, que incluyó a estudiantes de escuelas secundarias de 17 y 18 años de edad, la experiencia de usar con propósitos no médicos un medicamento de venta con receta durante el año anterior a la encuesta fue bastante común (15,4%), considerando todas las categorías de fármacos de venta con receta (National Institute of Drug Abuse, 2008), y fue también muy frecuente la percepción de un acceso fácil a esos fármacos (cuadro 6.3).

Cuadro 6.3 Disponibilidad y uso no médico de fármacos de venta con receta entre estudiantes estadounidenses del 12^o grado, año 2007

	Disponibilidad: % de estudiantes que dijeron que era “bastante” o “muy” fácil obtener los medicamentos	% de estudiantes que usaron los medicamentos con propósitos no médicos en los últimos 12 meses
Estupefacientes (con excepción de la heroína e incluyendo la metadona)	24%	9,2%
Anfetaminas	42%	7,5%
Sedantes (barbitúricos)	50%	6,2%
Tranquilizantes	37%	6,2%

Fuente: Johnston et al. (2008).

Estudios recientes efectuados con poblaciones de estudiantes en los Estados Unidos de América han comenzado a identificar posibles fuentes de medicamentos de venta con receta usados con propósitos no médicos en la población en general. En un estudio de jóvenes de 10 a 18 años de edad en una escuela pública de Detroit, 70% de los que admitieron haber usado un analgésico de venta con receta durante su vida informaron sobre la fuente del medicamento: 34% dijeron que lo obtuvieron de un familiar, 17%, de un amigo y 14%, de un traficante o mediante el robo (Boyd et al., 2006). De los 458 estudiantes de una gran universidad del Medio Oeste que informaron el uso no médico de un estimulante de venta con receta en el año anterior, 71,4% especificaron una fuente: 67,7% obtuvieron el fármaco de amigos o compañeros, 3,1%, de un familiar, y menos de 1%, de alguien ajeno al lugar o de un traficante. Ninguno mencionó el Internet como fuente (McCabe et al., 2006). Una deficiencia en todos estos estudios es que no se averigua el camino recorrido por las drogas, es decir, las personas que obtienen los fármacos de “amigos” no saben de dónde los obtuvieron sus amigos y, por lo tanto, una fuente mencionada por un porcentaje pequeño de usuarios, puede sin embargo, ser responsable de una gran proporción de los fármacos usados.

Considerando el otro extremo de la transacción, 54% de quienes habían recibido y dispensado una receta médica para un estimulante informaron que habían sido abordados para vender, intercambiar o proporcionar algunos de los fármacos durante el año anterior. Los estudiantes de una gran universidad pública estadounidense con extensas actividades de investigación informaron varias fuentes de opioides de venta con receta usados con propósitos no médicos, como se muestra en el cuadro 6.4.

En el año 2005, la Encuesta Nacional Estadounidense sobre el Uso de Drogas y la Salud preguntó a los integrantes de una muestra de jóvenes de 18 a 25 años de edad acerca de las fuentes de los analgésicos de venta con receta que habían usado recientemente con propósitos no médicos. Las respuestas incluyeron: “los obtuve gratuitamente de un amigo o un familiar” (53,0%), “los compré a un amigo o pariente” (10,6%) y “los tomé sin autorización de un amigo o un familiar” (3,8%); estas respuestas indican que alrededor de dos terceras partes de los entrevistados usaron a familiares o amigos como fuentes para los fármacos de venta con receta usados con propósitos no médicos (SAMHSA, 2006a). Era mucho más probable que las entrevistadas mujeres hubieran obtenido los analgésicos de venta con receta gratuitamente de familiares o amigos, mientras que era mucho más probable que los varones los hubieran comprado.

Además de los usuarios estereotipados o traficantes, y los usuarios más ocasionales de las drogas identificados en las encuestas de la población, hay también pruebas de que algunos participantes menos sospechosos de haber cometido delitos abastezcan los mercados de fármacos de venta con receta. Inciardi et al. (2007) informan que pacientes “legítimos” o beneficiarios de Medicaid incluidos en un estudio del mercado de opioides de venta con receta en los Estados Unidos de América “vendían sus medicamentos de venta con receta para obtener una ganancia o los cambiaban por drogas ilegales” (p. 177). En el contexto del estudio canadiense OPICAN, los entrevistadores se enteraron por lo narrado por los participantes que personas de la tercera edad, situadas en ciertos bares y cantinas conocidos, se habían convertido en una importante fuente no médica e ilegal de opioides de venta con receta. Se señaló que se podían obtener con facilidad y credibilidad medicamentos opioides desviados del sistema médico y que esas personas las vendían principalmente para subsidiar sus magros ingresos de jubilados.

Cuadro 6.4 Fuentes de abastecimiento de opioides de venta con receta usados con propósitos no médicos, a las que recurrieron en el año anterior 640 estudiantes entrevistados en una gran universidad pública estadounidense (se permitieron respuestas múltiples)

Fuente de abastecimiento	Porcentaje
Pareja sentimental	7,9%
Compañero de habitación	8,0%
Amigo de la misma facultad	27,0%
Amigo no de la misma facultad	33,7%
Conocido de la misma facultad	3,6%
Conocido no de la misma facultad	6,6%
Padre o madre	36,1%
Hermano o hermana	5,9%
Tío o tía	2,1%
Otro familiar	3,6%
Traficante de drogas	3,5%
Alguien ajeno al lugar	1,0%
Internet	0,2%
Otras fuentes	3,1%

Fuente: McCabe et al. (2007).

Varios estudios indican que el Internet se ha convertido en una considerable y cada vez más importante fuente de opioides de venta con receta (Compton y Volkow, 2006; Forman, 2006). Si bien se ha comprobado que en el Internet existen en abundancia fuentes para esos fármacos, algunos investigadores han sugerido que su uso está limitado a sectores de la sociedad “socio-económicamente privilegiados” (Littlejohn et al., 2005). Otros han señalado que el papel del Internet como fuente de fármacos “puede haber sido exagerado y que muchos que buscan medicamentos de venta con receta para usos no médicos la evitan por la posibilidad de robos, la vigilancia y el hecho de que los medicamentos de venta con receta por lo general son más baratos en la calle” (Inciardi et al., 2007, p. 178).

En vista del abastecimiento no regulado detectado en estos estudios, los mercados ilegales formales y la desviación directa de medicamentos en el proceso de prescripción parecen desempeñar una función relativamente insignificante. La mayor parte del abastecimiento para quienes son usuarios casuales u ocasionales (la categoría predominante en estas encuestas entre estudiantes) parece provenir de una transacción legítima con la receta, seguida de un intercambio por medio de relaciones familiares o de amistad (si bien probablemente no todos los progenitores o familiares están conscientes de que son una fuente de abastecimiento) o el intercambio informal. Sin embargo, no podemos generalizar estos resultados ni la modalidad de un mercado más regular encontrada en los estudios clínicos y de determinados grupos de población sin efectuar otras investigaciones en otras poblaciones y lugares.

6.5 ¿Cuán separados están el mercado reglamentado y el mercado no regulado?

Los estudios de fármacos usados con propósitos no médicos sintetizados anteriormente sugieren que es principalmente en la etapa posterior al menudeo, después de que el médico ha escrito una receta y el farmacéutico la ha surtido, cuando se produce la desviación, al menos en las sociedades desarrolladas bien organizadas. Los niveles de producción, venta al mayoreo y venta al menudeo del mercado legítimo de medicamentos y el mercado ilegal de drogas tales como la heroína, la cocaína y el cannabis están casi por completo separados. Es más fácil para el estado y las actividades intergubernamentales eliminar actividades que están fuera de la ley en los mercados legales, en comparación con los ilegales, en parte porque quienes participan en el mercado legal —fabricantes de productos farmacéuticos, mayoristas, médicos y farmacéuticos— operan con una licencia estatal y el estado puede fácil y efectivamente amenazar sus medios de subsistencia en caso de incumplimiento. Además, los profesionales que prescriben están fuertemente influidos por las normas de sus colegas, que desalientan la prescripción descuidada o corrupta, lo cual hace que la tarea de regulación sea mucho más fácil para el estado.

No obstante, el estado tiene facultades mucho más débiles en la etapa posterior al menudeo, cuando su único recurso es el derecho penal y no el instrumento más flexible de las licencias y los reglamentos administrativos. Castigar a quienes obtuvieron píldoras con una receta legal porque un pariente joven incurrió en el botiquín de la familia no es un instrumento promisorio de disuasión. En la mayoría de las circunstancias, se aplicaría lo mismo incluso a transacciones de intercambio entre amigos que involucran una provisión inicialmente legal.

Los estudios de la fuente examinados antes indican que la prescripción legal y los mercados de fármacos para usos no médicos están conectados al menos por redes sociales (relaciones de amistad o de parentesco). La conexión a menudo puede ser aun más estrecha cuando el paciente usa la droga en exceso. Un análisis de una muestra grande de la población en general en los Estados Unidos de América encontró que, incluso después de hacer ajustes según factores demográficos, era tres veces más probable que las personas a quienes se les recetaron opioides para dolores no causados por el cáncer informaran el uso indebido de opioides y era seis veces más probable que informaran el uso indebido problemático de opioides (Edlund et al., 2007).

La principal diferencia entre los clientes de los dos mercados puede ser o al menos haber sido tradicionalmente la edad. Si bien por lo general no se piensa en él en esta forma, un sistema de prescripción delega en el médico la facultad del estado de controlar el acceso a un producto en potencia valorado. Entre los médicos, que reflejan las actitudes sociales generales al igual que todo lo que sea específicamente médico, la afirmación de un paciente de que sufre un dolor poco definido probablemente será considerada con más simpatía cuando proviene de un adulto de edad que cuando la hace un adulto más joven. En consecuencia, en los años cuarenta los adictos a los opiáceos en Kentucky encontraban mucho más fácil obtener de un médico una provisión legal de opiáceos, con lo cual permanecían en el lado correcto de la ley, a medida que envejecían (O'Donnell, 1969). Para muchas otras sustancias psicoactivas, el gradiente de la edad asumido por el médico puede ahora ser menos claro. Dada la

actual práctica para el tratamiento del trastorno de déficit de la atención e hiperactividad, por ejemplo, el médico puede sentirse menos inclinado a despedir sin miramientos al adolescente que busca un estimulante y que también presenta síntomas de ese trastorno. En parte, el proceso de crear “sociedades psicofarmacológicas” puede haber debilitado el gradiente del acceso de facto según la edad a los psicofármacos en el sistema de prescripción, que servía para mantener más separados el mercado legal y el de fármacos para propósitos no médicos.

6.6 Conclusiones

El uso de sustancias psicoactivas como medicamentos se remonta a la prehistoria del hombre, pero se estableció con fuerza en la medicina occidental hace unos 150 años. En las partes más prósperas del mundo, se usa una amplia variedad de medicamentos de venta con receta para aliviar el dolor, curar o controlar enfermedades mentales y reducir la ansiedad. Las sustancias psicoactivas son parte importante de la moderna medicina alopática, principalmente distribuidas y controladas por un sistema de prescripción que analizaremos posteriormente en el capítulo 12.

La desviación de medicamentos de este sistema para usos no médicos aporta una parte considerable de la provisión del mercado de drogas ilegales en muchos lugares. Si bien ciertamente existen considerables robos y otras formas delictivas de desviación, es evidente que gran parte del trasvase de un mercado al otro se produce en forma más informal, a menudo a nivel del consumidor/paciente en la cadena de distribución. La separación entre los mercados es de hecho mucho menos clara en la práctica de lo que a menudo se presenta en la teoría.

El mercado legal de sustancias psicoactivas es importante para un análisis del uso de drogas ilegales en formas que van más allá del hecho de que ese mercado constituye una fuente de desviación. En las sociedades con un consumo sustancial de medicamentos psicoactivos, existen fuertes intereses e ideologías que apoyan la noción de que los medicamentos psicoactivos son muy potentes para aliviar trastornos y conseguir el bienestar. Las subculturas de consumo de drogas en esas sociedades están muy conscientes del paralelo de esas ideas con sus propios conceptos acerca del uso de drogas y se apropian de frases tales como “vivir mejor mediante la química” y “el pequeño ayudante de mamá” para expresar irónicamente la convergencia de opiniones en el mundo.

Sección III

La base de datos para la política de drogas: investigación sobre estrategias e intervenciones

7. Estrategias e intervenciones para reducir el uso de drogas y daños conexos: panorama de la sección

7.1 Introducción

Como se describió en el capítulo 1, se define de manera amplia la política de drogas como todo esfuerzo específico del gobierno encaminado a minimizar o prevenir el uso de drogas y los daños relacionados con estas para los individuos y la sociedad. Los capítulos de esta sección describen la investigación sobre estrategias e intervenciones que son pertinentes para la formulación de políticas de drogas. La sección III representa un elemento esencial en todo intento de establecer un conjunto racional de políticas de drogas basadas en datos científicos. Con el fin de definir el ámbito de esta sección, en este capítulo se analiza el concepto de la ciencia sobre las adicciones como un instrumento para la elaboración y ejecución de políticas. También se explica cómo se examinaron y organizaron los datos científicos de opciones de la política, las normas que guiaron nuestra presentación e interpretación de los datos y, finalmente, los temas que abarca el capítulo.

7.2 Avances en las investigaciones pertinentes para la política

La sección III examina un extenso conjunto de investigaciones que podrían ser de gran valor para los encargados de formular las políticas. No obstante, como una actividad en evolución y relativamente nueva, las evaluaciones de la política de drogas y otras investigaciones pertinentes son incapaces de proporcionar respuestas definitivas a muchos de los interrogantes más apremiantes en el campo de las políticas mundiales. En particular, la investigación sobre las adicciones rara vez se efectúa fuera del mundo desarrollado. La mayoría de las investigaciones provienen de los Estados Unidos de América y el resto se concentra en Europa, Japón, Canadá y Australia. Es preciso ser honestos y admitir que los resultados obtenidos en los países desarrollados no se aplican necesariamente al resto del mundo. Una diferencia más sutil que hay que tener en cuenta es que, aun en un mismo país, los resultados de la investigación no pueden ser generalizados de una época histórica a otra porque el problema de drogas en ese país y su entorno político y social pueden cambiar notablemente de una generación a otra.

A medida que procedimos a elaborar los capítulos de esta sección, nos impresionamos por la creciente base de datos de la investigación sobre el tratamiento y la prevención, y al mismo tiempo, desalentados por la inadecuación de los datos para muchas de las opciones políticas más costosas, como la sustitución y la prohibición de cultivos. Si se desea progresar en relación con la prevención y el tratamiento de los problemas de drogas, es preciso aplicar nuevos métodos de investigación cuantitativa y cualitativa en grandes grupos de población, metodologías que no se adaptan fácilmente a los diseños experimentales y de evaluación tradicionales. Esto no es tanto una crítica del estado de la investigación de la política de drogas sino un honesto reconocimiento de que los diseños tradicionales de la investigación son insuficientes para responder a importantes interrogantes en el contexto de enfoques complejos de intervención. Se requieren modelos nuevos que combinen métodos de las ciencias sociales diferentes, pero complementarios, en equipos interdisciplinarios de colaboración para explorar simultáneamente importantes aspectos de las políticas desde las perspectivas de la historia, la economía, la epidemiología, las ciencias políticas, la sociología, la etnografía y la psicología. Con respecto a los programas de reducción de la oferta, el problema no es solo la falta de estudios

sistemáticos sino también la dificultad de recolectar datos adecuados para vigilar y evaluar los cambios en las políticas de drogas.

7.3 Normas aplicadas a las pruebas

Con el desarrollo de la ciencia de las adicciones, se han usado una serie de enfoques metodológicos con el fin de evaluar las repercusiones de las políticas de drogas, así como la efectividad de los programas de prevención pertinentes para las políticas, las estrategias de tratamiento y actividades conexas. Esos enfoques incluyen estudios experimentales, investigaciones mediante encuestas, análisis de las estadísticas de la mortalidad y la morbilidad e investigaciones cualitativas. El glosario incluido al final de este libro proporciona definiciones de términos metodológicos usados en la investigación de políticas de drogas que no están definidos en el texto.

Los estudios experimentales normalmente usan el diseño de **ensayos controlados aleatorizados**, en los cuales los participantes o grupos de participantes en la investigación (por ejemplo, un grupo de estudiantes) son asignados al azar a un grupo sometido a una intervención (por ejemplo, una conferencia educativa sobre las drogas) o a un grupo de control (por ejemplo, un grupo que asiste a una conferencia habitual de historia) y se miden los cambios en los conocimientos, actitudes o comportamientos después de asistir a las conferencias. Cuando se ha realizado un gran número de ensayos controlados aleatorizados, normalmente son examinados para determinar si existen efectos homogéneos en los estudios. Las revisiones Cochrane son evaluaciones integrales y sistemáticas de los efectos de intervenciones sanitarias, concentradas en ensayos controlados aleatorizados. Los críticos del método Cochrane argumentan que la comprobación se basa excesivamente en el ensayo aleatorizado y que estudios controlados no aleatorizados o de cohortes bien realizados proporcionarán estimaciones similares de la efectividad y son más prácticos para responder a algunos de los interrogantes de la investigación. Si bien varios análisis han señalado que en ciertos casos estudios **cuasi experimentales** bien realizados proporcionan estimaciones similares a la de los ensayos controlados aleatorizados (Benson y Hartz, 2000; Concato et al., 2000; Cook et al., 2008), otras investigaciones sugieren que los estudios cuasi experimentales pueden encontrar beneficios cuando los ensayos controlados aleatorizados no han encontrado ninguno (Chalmers et al., 1977; Sacks et al., 1982; Hulley et al., 1988; Pocock y Elbourne, 2000; Gotzsche y Olsen, 2000).

Los ensayos aleatorizados de programas de prevención y tratamiento pueden ser difíciles de efectuar a causa de cuestiones políticas, éticas y de costo. Por estas razones, los investigadores a menudo utilizan **experimentos naturales** para obtener información científica, usando diseños de la investigación cuasi experimental que hacen posible formular inferencias acerca de causas y efectos. Esos estudios tienen credibilidad en la medida en que son realizados en condiciones del mundo real y no como parte de un experimento artificial, pero no podemos extraer de ellos inferencias causales tan confiables como las que provienen de los ensayos controlados aleatorizados. Ese tipo de investigación por lo general incluye mediciones previas y posteriores de un grupo, comunidad u otra entidad que son expuestos a una intervención, y, si es posible, se efectúan mediciones similares en grupos o comunidades comparables en los que no se llevó a cabo ninguna intervención. Los experimentos naturales han desempeñado una función importante en la literatura sobre este tema. Por ejemplo, cuando se

aplica una mayor rigurosidad para hacer cumplir la ley en una jurisdicción y no en otra vecina, las repercusiones relativas de la política pueden ser examinadas en el transcurso del tiempo mediante el análisis comparativo de datos de archivo, como las tasas de infección por el VIH o las sobredosis de drogas. Cuando se dispone de mediciones consecutivas durante un período en el cual se aplica una política, se pueden realizar **análisis por series cronológicas** para determinar cómo un cambio en una serie se correlaciona con un cambio en la otra (con otros factores, llamados **factors de confusión**, estadísticamente controlados).

La idoneidad de una metodología de investigación para la evaluación de políticas de drogas depende de los fenómenos que se estudian, el estado actual de los conocimientos, la disponibilidad de procedimientos válidos de medición y la forma en que se usará la información (McKinlay, 1992). Los datos probatorios más directos en la investigación de las políticas de drogas provienen de estudiar lo que sucede cuando se aplica o se suspende la intervención, en comparación con otro momento o lugar en el cual no hay ningún cambio en la intervención. Cuando los estudios sobre intervenciones son planificados con anticipación, es preciso tener muy en cuenta la recolección de los tipos más apropiados de datos de evaluación. Siempre que sea posible, esos datos deben incluir encuestas de población antes y después del cambio; la recopilación de datos de acontecimientos en casos que atraen la atención de organismos sanitarios, policiales y de otro tipo; y observaciones cualitativas de procesos sociales en el período de cambio. No obstante, los investigadores a menudo pueden efectuar una evaluación útil aun en ausencia de la planificación cuando el proceso político inesperadamente proporciona un experimento natural. En este caso, el investigador normalmente coteja los datos posteriores a la intervención con los datos que fueron reunidos con otros propósitos antes del cambio.

Los estudios de lo que sucede cuando hay un cambio (por ejemplo, se aplica o se interrumpe una intervención) proporcionan los datos probatorios más valiosos de los efectos de la política de drogas. Sin embargo, también se puede aprender de los estudios transversales que comparan sitios donde están en vigor políticas diferentes. Dadas las posibles fuentes de factores **confusión**, los datos de esos estudios no pueden aportar pruebas definitivas de la efectividad.

Los diversos métodos de recolección de datos usados en la investigación de políticas de drogas tienen diferentes ventajas y desventajas. Las encuestas sociales, por ejemplo, en general miden actitudes y comportamientos mediante la interrogación directa de estudiantes o adultos individuales. Los estudios basados en datos de encuestas tienden a ser descriptivos, establecer correlaciones y estar sujetos a las limitaciones de la información aportada por los mismos entrevistados. Los datos reunidos por organismos sanitarios y sociales (por ejemplo, estadísticas policiales, datos de altas de hospitales, registros de la mortalidad) proporcionan un buen panorama de los problemas de drogas en una zona, pero también reflejan percepciones culturales, prioridades de los organismos y procedimientos de registro.

Los investigadores pueden complementar métodos de investigación cuantitativa como las encuestas sociales con estudios cualitativos, como las entrevistas etnográficas, la observación participante, estudios de casos y discusiones en grupos focales. En la medida en que los investigadores apliquen principios científicos normalizados de confirmación, refutación, inferencia causal y posibilidad de

generalización, la investigación cualitativa puede proporcionar datos probatorios que sustenten la elaboración de políticas de drogas. No es raro que se combinen estos métodos en un mismo estudio. El valor de la combinación de diferentes métodos es que los aspectos positivos de uno compensan las deficiencias de otro. Por ejemplo, un grupo de discusión integrado por usuarios experimentados de drogas aunado a una encuesta de población ofrece tanto información en profundidad aportada por un pequeño número de personas como información menos detallada proveniente de un grupo más amplio.

La investigación de evaluación de las políticas ofrece un beneficio útil pero a menudo desaprovechado a los encargados de tomar las decisiones. ¿Se deberían destinar recursos a programas menos costosos que tienen, en el mejor de los casos, un efecto modesto? ¿O deberían dirigirse los recursos a programas más costosos que probablemente tendrán repercusiones más sustanciales? Las decisiones acerca de cuáles estrategias aplicar, suspender o modificar deben basarse en los resultados de una evaluación sistemática.

La investigación de evaluación es un proceso de investigación aplicada para recolectar y sintetizar datos probatorios del valor de un servicio, programa o política. El propósito de la investigación de evaluación es medir los efectos de un programa o política en comparación con los objetivos que fueron establecidos. La investigación de evaluación usa los mismos métodos experimentales y cuasi experimentales de las otras investigaciones; lo que la distingue de la investigación clínica y otras investigaciones científicas es su propósito práctico. La investigación de evaluación es necesaria para medir si la política ha tenido alguna repercusión y para proporcionar una “verificación realista” de las grandes expectativas que a menudo acompañan iniciativas nuevas promisorias. La evaluación también tiene que ser continua. Los datos probatorios correspondientes a un período tal vez no sean aplicables a situaciones que se presentan en otro momento. Y los datos provenientes de países de altos ingresos quizás no sean aplicables a las naciones de bajos ingresos. Además, las comunidades y los países a menudo necesitan datos probatorios locales para justificar sus intervenciones y no pueden basarse en resultados de otros momentos y lugares.

Además de estudiar si una política funciona y cómo lo hace, también es útil evaluar la efectividad y los beneficios sociales de una política en relación con su costo. Las dos formas más usadas de evaluación económica son el análisis de costos y beneficios (ACB) y el análisis de efectividad-costo (AEC). En el ACB la evaluación examina las relaciones entre los beneficios y los costos de una política cuando ambas variables se expresan en términos monetarios. Esto hace posible determinar si los beneficios monetarios de una determinada política (como un programa de educación sobre las drogas) superan sus costos. En el AEC, la evaluación se concentra en la forma menos costosa de lograr los beneficios de una política. Normalmente esta forma de análisis económico compara políticas o programas alternativos que se podrían usar para alcanzar el mismo objetivo (por ejemplo, el mantenimiento con buprenorfina y el mantenimiento con metadona) y los resultados se expresan como costos netos necesarios para producir un resultado unitario de salud, como una vida salvada o años de vida salvados de la sobredosis de drogas. Ambos métodos proporcionan información útil para el encargado de formular las políticas.

En síntesis, la forma más confiable de identificar los efectos causales de una política de drogas es el empleo de experimentos planeados. No obstante, en muchos casos en que se evalúan políticas, intervenciones y tratamientos, no se cuenta con datos experimentales. Para llegar a conclusiones bien fundadas en estas condiciones, es mejor suponer que ningún método único de investigación ni ningún estudio único proporcionarán pruebas concluyentes. Usar datos obtenidos con distintas poblaciones, metodologías y contextos con frecuencia es la mejor y la única forma de proceder, como se volverá evidente en los capítulos siguientes de esta sección. Además de comparar resultados pertinentes, también se pueden evaluar las políticas en términos de sus costos y beneficios.

7.4 Tipos de intervenciones y estrategias pertinentes para las políticas de drogas: marco analítico

Para guiar nuestro examen de la bibliografía, agrupamos las opciones de políticas de drogas en cinco categorías: la prevención primaria; los servicios para usuarios crónicos de drogas; el control de la oferta; los reglamentos y regímenes de prescripción; y el empleo de sanciones penales. Para los propósitos de este libro, lo más importante para el encargado de formular las políticas no es la categoría en la que se incluye el programa sino los probables efectos de este.

Los programas de prevención están diseñados para demorar o prevenir ya sea la iniciación y el consumo de drogas o la probabilidad de avanzar de la experimentación al uso habitual de drogas. Los métodos más frecuentes son los que se basan en la información, la persuasión y las actividades alternativas (por ejemplo, programas de educación sobre las drogas en las escuelas, actividades de la familia y la comunidad, campañas en los medios de difusión).

Los servicios para usuarios de drogas pretenden reducir el consumo de drogas y/o sus consecuencias entre los usuarios experimentados mediante una serie de programas que han sido establecidos y evaluados en muchos países. Esos programas incluyen la orientación acerca de las drogas, el mantenimiento con metadona, asistencia médica, servicios sociales y programas de intercambio de agujas. Independientemente de que estos servicios sean llamados “tratamientos”, “rehabilitación” o “reducción de los daños”, los consideraremos aquí como parte de un enfoque más amplio de los problemas relacionados con las drogas, dirigido al usuario individual de drogas en forma no punitiva.

El control de la oferta incluye las medidas de aplicación de la ley y programas de desarrollo alternativo orientados a los cultivadores de coca y amapola. La gran mayoría de los recursos se destinan a las medidas de aplicación de la ley, que se pueden clasificar en dos tipos generales: programas dirigidos a los productores y traficantes, que intentan reducir la disponibilidad física y económica de las drogas limitando su oferta y elevando su precio; y programas dirigidos a los usuarios y vendedores minoristas, que buscan aumentar los costos de transacción de la compra de drogas (es decir, el tiempo, las dificultades y el riesgo).

Leyes y reglamentos que determinan cuáles sustancias son legales y cuáles son ilegales, para quién y en qué condiciones. Los ejemplos incluyen la prohibición total de una droga, permitir la distribución de una droga solo en determinados sistemas (por ejemplo, en farmacias autorizadas) y otorgar únicamente a determinadas personas el derecho de usar o prescribir drogas (por ejemplo, los pacientes con enfermedad terminal que sufren dolores que no pueden ser calmados de otra forma pueden usar morfina; los médicos generales con una autorización especial pueden recetar heroína en el Reino Unido).

Las medidas punitivas (por ejemplo, sanciones penales) tienen el propósito de desalentar el uso de drogas mediante la amenaza de un castigo o el aislamiento del usuario de la comunidad; esta es la categoría final de opciones para la política de drogas considerada en esta sección del libro. En los últimos 50 años, la mayoría de los países han aprobado leyes para penalizar el uso, la posesión o la producción doméstica de distintas sustancias psicoactivas. Una tendencia más reciente en algunos países ha sido reducir o eliminar las sanciones penales, en particular en el caso del cannabis. En ambos casos, también ha habido cambios en las prácticas de aplicación de la ley concernientes a la penalización de la posesión o el uso.

Si bien esta clasificación en cinco categorías abarca muchas medidas gubernamentales que constituyen la política oficial sobre las drogas, no son los únicos métodos que influyen en los problemas generados por las drogas. Muchos programas sociales, como la educación para la salud, los sistemas de vigilancia de enfermedades infecciosas y la vigilancia policial general tienen objetivos mucho más amplios que el control de las drogas, pero pueden ser igualmente importantes para reducir los problemas que estas causan (Boyum y Reuter, 2001). Al igual que los programas específicamente orientados a los problemas generados por las drogas, los programas no específicos pueden producir beneficios en más de un área.

El cuadro 7.1 enumera los principales tipos de programas según sus objetivos específicos y metas más amplias. Las categorías usadas, si bien son útiles para propósitos de clasificación, imponen un grado de precisión que puede ser engañoso. Como se señaló antes, los programas de tratamiento proporcionan muchos mensajes encaminados a la reducción de los daños; por ejemplo, recordar a quienes se inyectan heroína que su tolerancia será menor como resultado del tratamiento si recayeran en el uso de la heroína es por excelencia una medida encaminada a la reducción del daño, efectuada en el contexto del tratamiento. Del mismo modo, cuando los oficiales de policía advierten a los usuarios de heroína que tengan cuidado con lotes malos de fentanil, se usa el presupuesto destinado a la aplicación de la ley para objetivos de reducción del daño. Las medidas de aplicación de la ley difieren del tratamiento en muchos aspectos, pero los límites entre ellos pueden ser vagos cuando a los usuarios de drogas se les da la opción entre el tratamiento y la cárcel. Con el creciente uso indebido de fármacos psicoactivos fabricados por la industria farmacéutica, es necesario incluir nuevas opciones de la política orientadas a regímenes reguladores que han evolucionado para fiscalizar la distribución de drogas de venta con receta.

Cuadro 7.1 Categorización de estrategias e intervenciones por área de la política y los objetivos más amplios de esta

	Área de la política	Objetivos amplios de la política
Prevención	Programas de prevención del uso de drogas Campañas en los medios de difusión Reducción del acceso para los jóvenes mediante medidas de vigilancia policial	Cambiar actitudes, mejorar los conocimientos sobre la salud y prevenir el uso de drogas
Servicios para los usuarios de drogas	Mantenimiento con metadona Orientación, comunidades terapéuticas Abstinencia forzada mediante supervisión durante la libertad vigilada/libertad condicional Programas de intercambio de agujas	Reducir el uso, mejorar la salud, reducir los delitos y las muertes por sobredosis, prevenir la propagación de virus transmitidos por la sangre, tratar trastornos psiquiátricos
Control de la oferta	Arrestar a los traficantes Forzar a los proveedores a operar de manera ineficiente	Mantener elevados los precios y reducir la disponibilidad
Reglamentos para la prescripción	Reglamentar las actividades de las empresas farmacéuticas, las farmacias y los médicos	Permitir que se consuman sustancias psicoactivas para los propósitos aprobados, impedir el uso para propósitos no aprobados
Sanciones penales	Aumentar las sanciones para la posesión y el uso de drogas Disminuir las sanciones para algunos tipos de uso de drogas (por ejemplo, el de cannabis)	Impedir el uso de drogas, prevenir la normalización y la propagación contagiosa del uso de drogas Prevenir los efectos negativos de castigar como delitos formas no perjudiciales de uso de drogas

7.5 Interpretación de la base científica

Uno de los instrumentos más útiles para los encargados de formular las políticas en muchas áreas de los problemas de salud pública y sociales ha sido el examen integrado de la bibliografía, que por lo general consiste en una evaluación sistemática de los datos probatorios obtenidos en una serie de estudios científicos vinculados con un determinado problema social o de salud. Usando la clasificación en cinco categorías descrita anteriormente, las estrategias de intervenciones analizadas en esta sección fueron sistemáticamente evaluadas sobre la base de las siguientes normas aplicadas a las pruebas. En primer lugar, la bibliografía mundial en cada área fue examinada y evaluada en forma crítica por los autores con la colaboración de otros expertos que actuaron como revisores externos. Se dedicó especial atención a los avances durante los dos últimos decenios, en parte por el

espectacular aumento de las investigaciones durante ese período. Las revisiones de la literatura fueron encomendadas a algunos colaboradores como documentos de información o realizadas por los mismos autores. Se hizo hincapié en los estudios con mejores diseños de investigación (por ejemplo, diseños experimentales o cuasi experimentales con grupos testigos o condiciones para la comparación). La variedad de métodos, la amplitud de las búsquedas en la literatura y la participación de expertos han llevado a evaluaciones detalladas y la ponderación cuidadosa de los datos probatorios existentes. Sin embargo, puede haber sesgos potenciales debido a estudios pasados por alto y la selectividad de la inclusión.

Dados los orígenes de la literatura científica en el campo de las drogas, la mayoría de las investigaciones examinadas en esta sección se originaron en países de habla inglesa. Para compensar la relativa falta de investigaciones en otras partes del mundo, los autores examinaron cuidadosamente la posibilidad de generalizar los resultados provenientes de estudios particulares. Por último, los autores realizaron una serie de reuniones para revisar y analizar críticamente los contenidos, los resultados y las conclusiones de cada capítulo y llegar a un consenso acerca de las conclusiones presentadas en el capítulo final. Además, los autores trabajaron en colaboración en un extenso resumen de las estrategias e intervenciones examinadas en los capítulos 8 a 12, el cual se presenta en un anexo al final del libro.

7.6 Panorama de los capítulos de la sección III

Las políticas, estrategias e intervenciones analizadas en los siguientes cinco capítulos abarcan las opciones de la política actualmente preferidas cuando existe una base de investigaciones afines que pueden ser examinadas. El capítulo 8 se concentra en las estrategias orientadas a los jóvenes en la escuela, la familia y la comunidad. Se ha producido una mejora en la base de datos probatorios en los últimos años y ahora existen pruebas convincentes para las actividades de prevención y tratamiento en el aula y orientadas a la familia, si bien se basan en una cantidad relativamente pequeña de estudios en los Estados Unidos de América. El capítulo 9 examina las investigaciones realizadas sobre estrategias de tratamiento y reducción de los daños y muestra que hay motivos para ser optimistas en cuanto a la modificación del uso continuado de drogas y la minimización de los problemas relacionados con ellas. El capítulo 10 aborda una amplia gama de estrategias encaminadas a realizar actividades de control de la oferta, básicamente las medidas de aplicación de la ley a los productores y traficantes. Analiza los esfuerzos orientados a combatir la producción/refinación y el tráfico internacional y a establecer medidas internas de alto nivel para hacer cumplir la ley y combatir el comercio al menudeo. Como se han descuidado las investigaciones en esta área, el resultado más notable quizás sea el hecho de que se sabe tan poco acerca de algunos de los enfoques más costosos y ambiciosos de la política de drogas y su aplicación. En el capítulo 11, se examinan políticas diseñadas para desalentar el consumo de drogas mediante sanciones penales por la posesión y el uso de sustancias psicoactivas. Por último, el capítulo 12 examina en qué medida las leyes y reglamentos que rigen los regímenes de prescripción de drogas cumplen con su función de permitir el uso de sustancias psicoactivas para propósitos aprobados y, al mismo tiempo, impedir su uso indebido para propósitos no aprobados.

Sobre la base de una extensa literatura que abarca tanto investigaciones originales como revisiones integradoras de la literatura, los capítulos en esta sección proporcionan datos no solo acerca de una amplia variedad de estrategias efectivas que pueden incorporarse en las políticas de drogas sino también acerca de políticas ineficaces que consumen los escasos recursos sin ningún efecto evidente. Además, identifican lagunas en los conocimientos y una sorprendente falta de compromiso con una

política basada en datos probatorios, conclusiones que no pueden ser ignoradas si se desean abordar en el futuro problemas relacionados con el consumo de sustancias.

8. La prevención del uso de drogas ilegales por los jóvenes

8.1 Introducción

Impedir que las personas se conviertan en usuarios de drogas ilegales es un objetivo ampliamente compartido por los encargados de formular las políticas. Cuando se concentran en los jóvenes, los programas de prevención también gozan de un gran apoyo popular. Este capítulo sintetiza las investigaciones sobre programas diseñados para retrasar o prevenir por completo el consumo de drogas ilegales y los problemas relacionados con estas. Se ha escogido la concentración en los jóvenes porque las investigaciones sobre este grupo de población son mucho más numerosas que las concernientes a la prevención en los adultos (por ejemplo, los programas en el lugar de trabajo) y porque, como se destacó en el capítulo 3, la adolescencia es el período de la vida en el cual es más probable que comience el uso de drogas. Hay una amplia gama de opciones de prevención disponibles en el ámbito de las actividades enfocadas en los jóvenes, que abarcan estrategias diferentes (por ejemplo, las campañas en los medios de difusión, los programas de fortalecimiento de la familia basados en la comunidad) y docenas de variaciones de estrategias particulares (por ejemplo, las numerosas formas presuntamente distintas de prevención de las drogas en las escuelas).

Hay dos limitaciones importantes de la investigación sobre los programas de prevención en los jóvenes. En primer lugar, los investigadores han estudiado un sector bastante estrecho de estrategias. Algunas estrategias comúnmente usadas, como el apoyo a coaliciones comunitarias que se organizan para combatir el uso de drogas, rara vez han sido evaluadas, lo cual no permite a los científicos llegar a conclusiones confiables útiles para los encargados de formular las políticas. Las intervenciones basadas en las escuelas cuentan con la mayor base de datos probatorios; no es una coincidencia que operen en una unidad de análisis (el aula) en la cual es más fácil realizar ensayos controlados aleatorizados, en comparación con las intervenciones en la comunidad o en los medios de difusión. En segundo lugar, si bien los programas de prevención del consumo de drogas se usan en todo el mundo, la investigación sobre la evaluación de los programas ha sido limitada excepto en los Estados Unidos de América. De hecho, alrededor de 90% de las evaluaciones de programas de prevención han sido realizadas en ese país (White y Pitts, 1998). Más adelante en este capítulo, examinaremos si las conclusiones extraídas básicamente de programas de prevención efectuados en los Estados Unidos de América pueden ser generalizadas a otros países.

Históricamente, el campo de la prevención ha pasado por una serie de modelos conceptuales (algunos de los cuales podrían ser considerados modas pasajeras) que se basan en distintos supuestos teóricos sobre cómo se supone que funciona la prevención. Los primeros programas a menudo hacían hincapié en los peligros del consumo de drogas. Se podría argumentar que dieron resultados por un tiempo ya que el uso de drogas era relativamente raro antes de los años sesenta. No obstante, a medida que el uso de drogas, o al menos el de cannabis, se volvió más frecuente, fue más difícil para las campañas de prevención convencer a una población con extensa experiencia directa de que el uso de drogas invariablemente conducía a daños graves. El siguiente enfoque conceptual consistió en proporcionar informa-

ción exacta pero no exagerada acerca de los peligros del consumo de drogas. Si bien esos programas a veces influyeron en el conocimiento de los estudiantes acerca del uso de drogas, en general no tuvieron ningún efecto en el uso mismo. La siguiente idea en la historia de la prevención fue que la baja autoestima hacía a los jóvenes vulnerables a las drogas. Este supuesto llevó a la elaboración de intervenciones encaminadas a mejorar la autoestima. Si bien estos programas tal vez hayan ayudado a los jóvenes a sentirse mejor consigo mismos, aparentemente no tuvieron un efecto significativo sobre el consumo de drogas.

Una teoría posterior sostuvo que la mayoría de los jóvenes en general no quieren usar drogas sino que caen en el consumo de estas en una forma no planeada, debido a la presión de sus compañeros. Esto originó métodos de desarrollo de *aptitudes para la resistencia* con los cuales el estudiante, mediante una dramatización, aprendía a rechazar las drogas ofrecidas por sus compañeros sin perder prestigio ante los ojos de estos. Esa ola de programas hizo avanzar el campo de la ciencia de la prevención al emplear métodos de aprendizaje activo (desempeñar un papel en una dramatización) y reconocer la importancia de la toma de decisiones en un contexto social (en contraste con el ideal abstracto de una elección racional). Sin embargo, los compañeros que instan al joven a probar las drogas a menudo no son bravucones que ofrecen drogas una única vez en el patio de la escuela sino amigos cercanos con los cuales el joven tiene un contacto permanente. La idea de desarrollar las aptitudes para la resistencia evolucionó entonces para convertirse en un enfoque más general de las *influencias sociales*, que hacía hincapié en la importancia de los factores sociales y psicológicos en el comienzo del uso de drogas e incluía las influencias tanto de los compañeros como de los padres. Esas ideas aun son consideradas pertinentes y útiles, pero a fines de los años noventa se introdujeron otras tácticas cuando se volvió popular hablar de enfoques *integrales*. En estos programas se complementó la capacitación en aptitudes sociales con otras tácticas, como el *establecimiento de normas*, que proporcionaban información objetiva derivada de las encuestas en las escuelas para persuadir a los jóvenes de que el consumo de alcohol y drogas era la excepción y no la regla. Junto con esta programación de la prevención en gran medida específica para las drogas, otros métodos de prevención han pasado al primer plano en los últimos veinte años, influidos principalmente por teorías de la psicología del desarrollo y de la psicología social. Estos métodos tienen un objetivo más amplio, que no se concentra exclusivamente en las drogas: modificar positivamente el comportamiento antisocial, la actividad delictiva, la salud y el bienestar, así como el consumo de drogas y el uso indebido de sustancias, influyendo en el desarrollo social temprano de los niños y los adolescentes.

El cuadro 8.1 presenta breves descripciones de algunos de los típicos programas efectuados en la escuela, la familia y la comunidad orientados por estas teorías generales. Los programas contemporáneos basados en las escuelas que se concentran en las influencias sociales o las aptitudes sociales incluyen tres componentes principales: la inoculación psicológica, la educación normativa y la capacitación en aptitudes para la resistencia (Botvin, 2000) y, en consecuencia, a menudo son llamados programas integrales. Los programas en los medios de difusión en general han seguido las teorías más tradicionales (por ejemplo, subrayando los peligros), pero también buscan crear asociaciones de carácter imitativo (por ejemplo, mediante héroes deportivos que respaldan una modalidad de vida libre de drogas) o actuar indirectamente (por ejemplo, los mensajes televisivos dirigidos a los padres que los instan a pasar más tiempo con sus hijos). Las intervenciones en la familia tienden a basarse en modelos de comportamiento que subrayan la importancia de los factores protectores (por ejemplo, los padres que pasan más tiempo con sus hijos) y los factores de riesgo (los compañeros que usan

drogas), y sugieren formas de prevenir (que se produzca) el uso de drogas. Por ejemplo, un programa podría tratar de aumentar la cohesión de la familia y su capacidad de manejar las emociones y los conflictos. Estas intervenciones también incluyen elementos de aptitudes sociales. Por otra parte, los programas en la comunidad normalmente se basan en teorías de organización y participación de la comunidad. A menudo son intervenciones con múltiples componentes dirigidas a las escuelas, las familias, los compañeros y la comunidad en general en un esfuerzo por formular normas acerca del uso de drogas.

Cuadro 8.1 Programas de prevención del uso de drogas examinados en este capítulo

Clave ¹	Programa de prevención
ALERT (Ellickson et al., 2003)	El proyecto ALERT (revisado) busca cambiar las creencias de los estudiantes acerca de las normas y las consecuencias de las drogas y ayudarles a identificar las presiones para que usen drogas y a resistirse a ellas. Once lecciones en el 7º grado (niños de 12 a 13 años de edad) y tres en el 8º grado, usando métodos interactivos de enseñanza (técnicas de preguntas y respuestas y actividades en grupos pequeños).
CBI (Snow et al., 1992)	Intervención relacionada con aptitudes cognitivas y del comportamiento: se familiariza a los estudiantes con los conceptos básicos de la adopción de decisiones eficaces para promover la flexibilidad en las funciones, aumentar las aptitudes de los estudiantes para reconocer y manejar la presión de los compañeros e incrementar su capacidad de buscar información y apoyo al afrontar decisiones. Las técnicas de enseñanza incluyen la presentación, tormentas de ideas, discusiones y el desempeño de papeles. Sesiones de 40 minutos una vez por semana durante 12 semanas.
CC (Furr-Holden et al., 2004)	Intervención centrada en el aula: intensificaciones curriculares, prácticas mejoradas de manejo del comportamiento en el aula (usando el “Juego del Buen Comportamiento”) y estrategias complementarias para los niños que no se comportan adecuadamente. Se agregó un componente interactivo de lectura en voz alta con el fin de desarrollar aptitudes para escuchar y comprender. Las estrategias empleadas con quienes no responden a las enseñanzas incluyen la asignación de tutores para la enseñanza individual o en grupos pequeños y modificaciones curriculares para abordar modalidades individuales de aprendizaje.
CP (Biglan et al., 2000)	Programa comunitario: un coordinador de la comunidad pagado (tiempo completo durante un año, tres cuartas partes del tiempo durante dos años) está encargado de poner en práctica un módulo de abogacía en los medios de difusión, un módulo antitabaco para los jóvenes, un módulo de comunicación para las familias y un módulo sobre el acceso (diseñado para que las tiendas dejen de vender tabaco a los menores de edad).
DARE, DARE + (Perry et al., 2003)	Programa de Resistencia al Abuso de Drogas Plus: el curriculum de DARE (por sus siglas en inglés) más sesiones conducidas por un compañero, actividades extracurriculares y equipos de acción vecinal establecidos por organizadores de la comunidad. Los organizadores de la comunidad crean y facilitan equipos juveniles de acción para realizar actividades extracurriculares. Los equipos de acción vecinal dirigidos por los mismos organizadores de la comunidad abordan problemas de consumo de drogas y violencia.

Cuadro 8.1 (continuación)

Clave ¹	Programa de prevención
FoF (Catalano et al., 1999)	“El Foco de Atención es la Familia”. Se concentra en las familias con hijos de padres que usan metadona: entrenamiento en habilidades para la crianza de los hijos más manejo de casos en el hogar durante nueve meses; 53 horas de capacitación en grupos de seis a 10 familias. Un “retiro” de cinco horas, 32 reuniones de 90 minutos dos veces por semana. Para las familias (12 sesiones) o los padres (20 sesiones), con seis a 10 familias por grupo.
GBG (Kellam et al., 2008)	“Juego del buen comportamiento”: el juego es una forma de manejar clases enteras durante las lecciones. Pretende socializar a los niños para que asuman el papel de un buen alumno y reducir la agresividad o los comportamientos perturbadores, que se sabe que están relacionados con el posterior uso indebido de drogas, la dependencia y el comportamiento antisocial. Se agrupa a los niños en equipos que pueden ganar premios que dependen del buen comportamiento de todo el equipo.
LST (Botvin et al., 1995, 2001; Spoth et al., 2006)	Entrenamiento en aptitudes para la vida: enseñanza de aptitudes de resistencia a las drogas y normas contra las drogas y facilitación del desarrollo de aptitudes sociales y personales. Se enseñan las aptitudes usando una combinación de técnicas docentes que incluyen las discusiones en grupos, las demostraciones, los modelos y el ensayo de comportamientos, la retroalimentación, el refuerzo y tareas en el hogar relacionadas con el comportamiento.
MCI (Wu et al., 2002)	Intervención comunitaria multidimensional en China, que incluye elementos de educación en la comunidad, el centro de salud, la familia y la escuela. Grupos de líderes de las aldeas, padres, jóvenes, milicianas y ex-usuarios de drogas agrupados para movilizar a los miembros de la comunidad con el fin de que participen en actividades de prevención, incluyendo videos sobre la prevención del uso de drogas y la infección por el VIH; dos sesiones de dos a tres horas de capacitación en los conocimientos para los aldeanos; clases vespertinas para los desertores escolares y prevención del uso de drogas y la infección por el VIH en las escuelas.
NASCI (Schinke et al., 2000)	Intervención en la escuela y la comunidad para aborígenes estadounidenses: las actividades comunitarias incluyen comunicados en los medios de difusión acerca de los beneficios de las actividades de prevención del uso indebido de sustancias; volantes y carteles distribuidos a las escuelas, iglesias y comercios; organismos de servicios sociales y de salud; y reuniones informativas celebradas en las escuelas para los padres, los vecinos y los maestros.
PDFY (Spoth et al., 2004, 2005)	Preparación para años libres de drogas: educación sobre el uso indebido de sustancias, habilidades para la crianza de los hijos, aptitudes para la resistencia a la influencia de los compañeros, (para los niños); una sesión de dos horas a la semana durante cinco semanas; una sesión para los niños y los padres juntos; cuatro sesiones solo para los padres. Grupo de aproximadamente tres a 15 familias, promedio de 20 personas más dos líderes.

Cuadro 8.1 (continuación)

Clave ¹	Programa de prevención
SCI (Flay et al., 2004)	Intervención en la escuela y la comunidad: programa de apoyo a los padres encaminado a reforzar las habilidades para la crianza de los hijos y promover la comunicación entre padres e hijos; programas de apoyo al personal docente y de apoyo a los jóvenes en toda la escuela; programa comunitario para forjar vínculos entre la escuela, los padres y la comunidad y grupo de trabajo en la escuela para poner en práctica componentes del programa, proponer cambios en la política escolar, establecer enlaces entre la escuela y la comunidad y solicitar a organizaciones de la comunidad que apoyen el programa de prevención del uso de drogas.
SFP10-14 (Spath et al., 2004, 2006)	Programa de Fortalecimiento de las Familias, para niños de 10 a 14 años de edad y sus padres o cuidadores, también conocido como Iowa SFP: habilidades para la crianza de los hijos, incluyendo el afecto y el establecimiento de límites, la comunicación, las sanciones, la diversión y (para los niños) el entrenamiento en las relaciones con los compañeros y en la resistencia a la influencia de estos; una sesión de dos horas por semana durante siete semanas, la primera hora con los padres y los niños por separado y, en la segunda hora, todos juntos. Grupos de tres a 15 familias, un promedio de 20 personas más tres líderes.
SMI (Slater et al., 2006)	Intervención de mercadeo social: campaña en las escuelas y los medios de difusión de la comunidad (“Sométete a tu propia influencia”) que busca redefinir el uso de sustancias como una actividad que deteriora en lugar de aumentar la autonomía personal. Los elementos valiosos incluyen una serie de carteles distribuidos a las escuelas y elementos promocionales como cubiertas para los libros, mantelitos, camisetas, botellas de agua y reglas. Los materiales para los medios de difusión de la campaña en la comunidad incluyen folletos, comunicados de prensa, ideas para eventos especiales, carteles y anuncios radiofónicos de los servicios públicos.
TND (Sussman et al., 1998)	No al uso de drogas: realizado con estudiantes de continuación de la escuela secundaria que no pueden permanecer en el sistema escolar normal por razones funcionales, incluido el uso de sustancias cuando llegan a la edad de ingresar en la escuela secundaria. Nueve sesiones con un enfoque de motivación para la salud, las aptitudes sociales y la toma de decisiones, que cubre la programación de la promoción de la salud, aprender a escuchar, problemas de dependencia de sustancias químicas, aptitudes alternativas para enfrentar los problemas y la elección de no usar drogas.

¹ Se han conservado las siglas en inglés correspondientes a los nombres de los programas.

8.2 ¿Qué da buenos resultados? Pruebas de la efectividad

Como se examinó en el capítulo 7 los investigadores han empleado diversos métodos para estudiar la efectividad de las estrategias y los programas de intervención relacionados con las drogas. Entre ellos, se considera que el **ensayo controlado aleatorizado** es la pauta más adecuada para comprobar la efectividad. Cuando se ha realizado un número suficiente de ensayos, normalmente se los examina en forma crítica para identificar tendencias sistemáticas o incongruencias. En este capítulo, nos

concentraremos en las conclusiones generales de estos exámenes, prestando especial atención a las revisiones auspiciadas y publicadas por Cochrane Collaboration, un grupo independiente de científicos que evalúan los datos probatorios obtenidos en investigaciones sobre intervenciones de atención de salud.

8.2.1 Programas de prevención del uso de drogas en las escuelas

Los autores de una revisión Cochrane de la prevención del uso de drogas en las escuelas llegaron a la conclusión de que algunos programas frenaban el uso de drogas en una etapa temprana (Faggiano et al., 2005), mientras que otros programas no lo lograban. Específicamente, los programas que desarrollan aptitudes sociales y para afrontar problemas reducen ligeramente el uso de drogas, en comparación con las actividades docentes normales en el aula. En contraste, cuando los programas simplemente transmiten información didáctica acerca de las drogas, sus efectos no tienen repercusiones sobre el uso de las drogas si se los compara con las actividades normales en el aula. Sobre la base de esta revisión y estudios posteriores, en la figura 8.1 se presentan estimaciones de la capacidad de los programas basados en el desarrollo de aptitudes para reducir la prevalencia del uso de drogas en toda la vida a corto plazo (uno a tres años) y a largo plazo (seis a siete años). Combinando los resultados de estudios de diferentes programas (Capacitación en aptitudes para la vida (LST, por sus siglas inglés), el proyecto ALERT, una intervención centrada en el aula (CC), una intervención sobre aptitudes cognitivas y del comportamiento (CBI) y un programa llamado “No al uso de drogas” (TND), se obtuvo una estimación de que el inicio del consumo de cannabis es entre 1% y 23% menos probable a corto plazo cuando los estudiantes son expuestos a un programa de prevención basado en el desarrollo de aptitudes, en comparación con las actividades habituales en el aula. Al igual que con la revisión de Faggiano, la combinación de distintos estudios y los nuevos análisis presentados aquí dan por sentado que las intervenciones son similares (es decir, que son todas variaciones de la capacitación en habilidades sociales).

La prevalencia en toda la vida es el porcentaje de personas que han usado alguna vez una sustancia. Si se reduce la prevalencia en toda la vida en varios años, pero no de manera permanente, se dice que se retrasa el inicio del uso de drogas. Por ejemplo, algunas personas que hubieran iniciado el consumo poco después de que se realizó el programa (por ejemplo, al llegar a los 14 años de edad), no lo hicieron hasta más tarde, tal vez al llegar a los 17 años, lo cual reduce la prevalencia en toda la vida medida a los 15 años de edad, pero no la medida a los 18 años de edad.

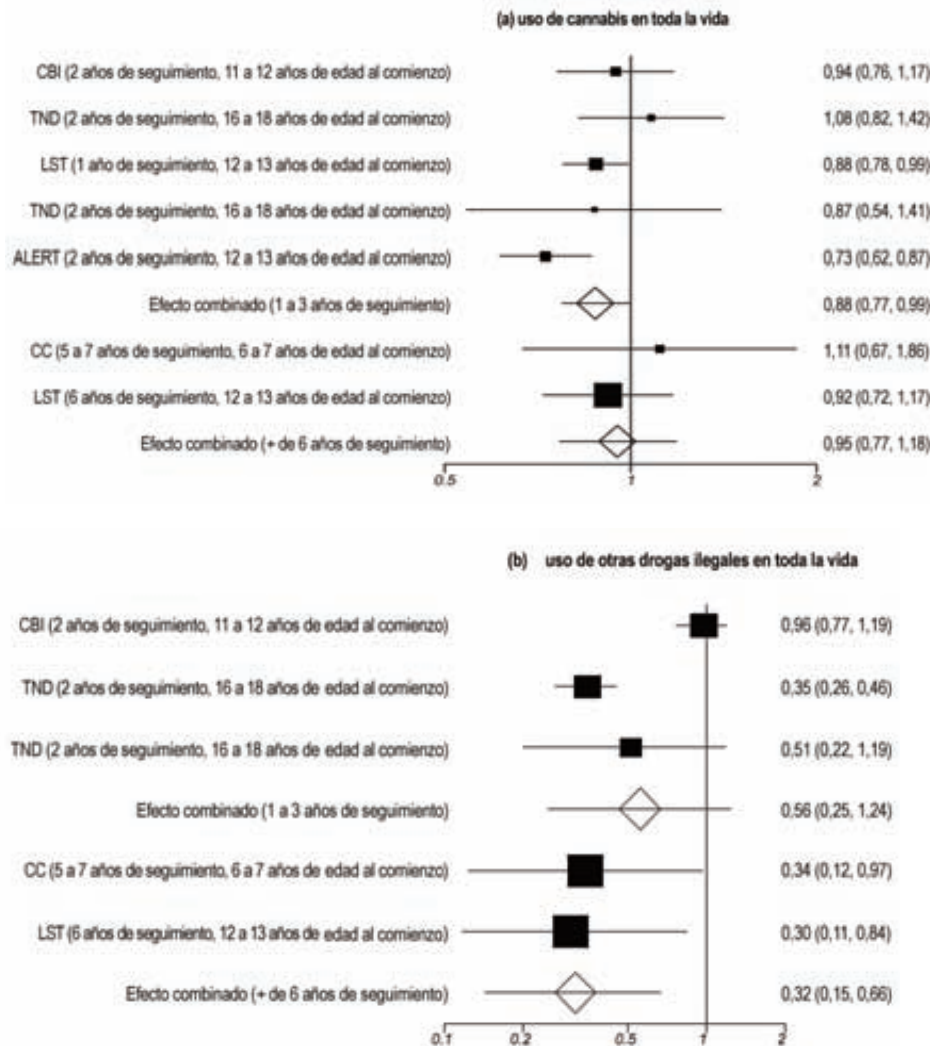
Los encargados de formular las políticas y el público diferirán en cuanto a la forma en que valoran los retrasos en el inicio del uso de cannabis. Para quienes consideran que un menor uso de cannabis entre los jóvenes es en sí un beneficio, están justificados los programas de prevención basados en el desarrollo de aptitudes en los estudios que acabamos de examinar.

Otros interesados quizás consideren que, como el uso de cannabis en la adolescencia representa una porción muy pequeña de todos los costos sociales relacionados con las drogas, los efectos descritos en la figura 8.1a tienen poca importancia a menos que se traduzcan posteriormente en efectos adicionales. No se ha determinado si el retraso en el comienzo del consumo de drogas genera grandes beneficios más tarde en la vida. Como para establecer si se produce algún beneficio se requerirían estudios de muestras muy grandes de jóvenes cuyo seguimiento se realizaría durante decenios (Gerstein y Green, 1993), es probable que sigan siendo inciertos los efectos a largo plazo de los programas de prevención basados en el desarrollo de aptitudes. En otra investigación, la edad del inicio del uso de cannabis se relaciona

estrechamente con una serie de resultados vinculados con la droga, incluidas las probabilidades del consumo de otras drogas, la cantidad de otras drogas consumidas y las probabilidades de necesitar un tratamiento. No obstante, esas correlaciones pueden presentarse en ausencia de un vínculo causal y, por consiguiente, no permiten resolver directamente este interrogante. Algunos resultados indican que es preciso ser cautelosos. Por ejemplo, si bien Suecia tiene tasas mucho más bajas de jóvenes que prueban el cannabis (5% en el año anterior) en comparación con muchos otros países europeos (15,5% como promedio de 13 países), la tasa sueca de “usuarios problemáticos de drogas” (4,5% por cada mil personas de 15 a 64 años de edad) no es muy diferente de las tasas en otros países de Europa (4,8% como promedio en los 13 países; cuadros EYE-5 y OPDU-1 en EMCDDA, 2008b).



Figura 8.1 Diagrama de bosque¹ (Forest Plot) con estimaciones de las razones combinadas de probabilidad de los efectos aleatorios de: (a) el uso de cannabis en toda la vida y (b) el uso en toda la vida de otras drogas ilegales, en programas de prevención en las escuelas basados en el desarrollo de aptitudes



¹ Los resultados combinados de estudios independientes suelen ser presentados en una forma gráfica bastante normalizada, llamada “diagrama de bosque” de los resultados obtenidos en ensayos controlados aleatorizados donde cada ensayo fue comparado con un programa similar de prevención con un grupo testigo y los efectos fueron examinados en términos del uso de drogas prevenido. En las figuras a y b, la línea horizontal correspondiente a cada ensayo muestra las probabilidades del uso de drogas en jóvenes asignados al azar al grupo sometido a la intervención, en comparación con los jóvenes asignados al azar a un grupo testigo. La “mancha” cuadrada en el medio de cada línea es la estimación puntual de la diferencia entre los grupos (la mejor estimación única del beneficio en cuanto a uso de droga prevenido por la exposición al programa de prevención, en contraste con el grupo testigo) y la extensión de la línea representa el intervalo de confianza del 95%, o la precisión, de esta estimación. La línea negra vertical en el medio del gráfico es llamada la “línea de ningún efecto” y en este caso representa los grados de uso de drogas en el grupo testigo con una razón de probabilidades igual a 1,0%. Si el intervalo de confianza del resultado (la línea horizontal) cruza la línea de ningún efecto (la línea vertical), eso puede significar que no hay ninguna diferencia significativa entre el programa de prevención y el grupo testigo o que el tamaño de la muestra fue demasiado pequeño para que podamos confiar en que el resultado es verdadero. Veamos ahora los rombos: representan los datos combinados de diferentes ensayos con intervenciones similares, con un nuevo intervalo de confianza, normalmente más estrecho, que es interpretado en la misma forma que los efectos aislados, excepto por el hecho de que el resultado se refiere no a sólo uno sino a varios ensayos. Por ejemplo, en (a), el efecto combinado a corto plazo es de 0,88 (0,77, 0,99), lo que significa que la prevención redujo las probabilidades de inicio del uso de drogas en 12%, en comparación con las probabilidades en el grupo testigo. Por razones técnicas, hemos usado probabilidades en lugar de riesgos, aun cuando estos son menos intuitivos para comprender que las razones del riesgo. No obstante, en este caso las razones de probabilidades son una aproximación cercana de la reducción del riesgo relativo y, por lo tanto, por razones de conveniencia y mejor comprensión, en el texto interpretamos las probabilidades como riesgos relativos (Davies et al.), por ejemplo una reducción de 12% en el riesgo de uso de drogas, con una precisión de 1%-23%.

Estas conclusiones se basan en el uso de cannabis, droga que junto con el alcohol y el tabaco constituyen los objetivos primarios de la investigación sobre la prevención porque son las sustancias informadas con más frecuencia en las encuestas entre los jóvenes. Es diferente el panorama cuando se trata de otras drogas ilegales, distintas del cannabis, si bien hay menos estudios en los cuales basarse (figura 8.1b). En estos estudios, se midió el uso de drogas como el hecho de haber consumido alguna vez cualquiera de una serie de sustancias distintas del cannabis, como cocaína, alucinógenos, estimulantes, inhalantes, esteroides, heroína y fenciclidina (PCP). En el estudio CBI y los dos estudios TND, solo se pudo estimar a corto plazo (1 a 3 años) el efecto combinado del uso de otras drogas ilegales. A largo plazo, el efecto combinado de los programas de prevención incluidos en el estudio CC (heroína, crack, cocaína) y el estudio LST (metanfetaminas) fue muy marcado. Era entre 34% y 85% menos probable que los participantes en los programas de prevención basados en el desarrollo de aptitudes hubieran usado una droga ilegal (distinta del cannabis) cinco a siete años después de la intervención, en comparación con los estudiantes expuestos al currículo escolar normal.

Algunos consideran que esas reducciones en el uso de drogas por los jóvenes son importantes y valiosas. Otros se preguntan qué significan esos resultados en términos de las repercusiones de esos programas en el uso de drogas en toda la vida y en los problemas vinculados con las drogas. Los resultados correspondientes a otras drogas ilegales parecerían ser más pertinentes para la política que los resultados concernientes al cannabis porque la mayoría de los daños relacionados con las drogas se originan en esas otras drogas ilegales. Sin embargo, como la mayoría de las personas que prueban una droga distinta del cannabis no avanzan al uso problemático, es difícil la extrapolación a los efectos en toda la vida.

También es conveniente considerar explicaciones alternativas de los más bien sorprendentes resultados de que, en las evaluaciones consideradas en este capítulo, los programas de prevención parecen producir reducciones mayores en el uso de otras drogas ilegales que en el uso de cannabis. Una hipótesis escéptica es que, como están más estigmatizadas otras drogas ilegales, el consumo de esas drogas comunicado por los mismos usuarios es más propenso a tener sesgos que el consumo de cannabis. Una explicación más creíble es que, como las otras drogas ilegales no son tan fáciles de conseguir, los jóvenes tienen menos experiencias con ellas y son más fácilmente disuadidos de usarlas que cuando se trata del cannabis, más disponible y socialmente tolerado.

La revisión de Faggiano indica que, en promedio, los programas modernos de prevención en las escuelas pueden retrasar o prevenir el inicio del consumo de drogas, si bien no son tan claros los efectos sobre la frecuencia del uso de drogas. Los efectos medios son importantes, pero no todos los programas dan resultados medios: algunos programas dan resultados inferiores al promedio (es decir, no producen beneficios) y otros superan el promedio (es decir, producen beneficios mayores). Un ejemplo destacado de los primeros es el programa DARE (Educación para la Resistencia al Uso Indebido de Drogas), que se aplica en más de 70% de las escuelas primarias y secundarias en los Estados Unidos de América y en 14 otros países (Brown, 2001). A pesar de la amplia adopción del DARE, los **meta-análisis** de las evaluaciones de los resultados mostraron que el programa no es efectivo (Ennett et al., 1994; West y O'Neal, 2004).

8.2.2 Modificaciones de la gestión en el aula y en el entorno escolar

Un prestigiado examen realizado por el Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos de América (Manski et al., 2001) encontró que los programas que modificaban el entorno en el aula o en la escuela eran más efectivos que los que trataban de cambiar el comportamiento individual. Esos programas se concentran en mejorar la disciplina y el clima en la escuela y fortalecer las aptitudes de los maestros para la gestión en el aula. Por ejemplo, si bien la revisión Cochrane (Faggiano et al., 2005) ha enumerado el Juego del Buen Comportamiento (JBC) como un componente de la intervención encaminada a desarrollar aptitudes (la intervención CC mencionada antes), el objetivo del juego es principalmente mejorar el comportamiento en el aula en los grados uno y dos. En un estudio de seguimiento a más largo plazo (Kellam et al., 2008), el JBC había reducido el uso indebido de drogas en toda la vida en hasta 50% en los varones 14 años después de la exposición al programa, un efecto estadísticamente significativo, con efectos aún más fuertes en muchachos identificados a los 6 años de edad como agresivos y perturbadores del orden. No obstante, no hubo ningún efecto en las niñas ni los resultados fueron tan definidos en un segundo estudio de duplicación realizado en el mismo período (Kellam et al., 2008).

Este programa no incluye ninguna discusión de las drogas; más bien, busca producir cambios en el entorno escolar que promuevan la coherencia y premien las interacciones sociales positivas, en contraste con la perturbación social y el retraimiento social. Sin embargo, sus resultados a largo plazo parecen ser buenos en comparación con los obtenidos en los mejores programas efectuados en las escuelas y orientados específicamente a la prevención del uso de drogas. Como se ha señalado antes, el uso de drogas ilegales no está separado de otros aspectos de la vida del joven. Los estudios muestran que factores que pronostican el desarrollo de un problema de drogas también son predictores del fracaso académico, el aislamiento social, la agresividad y otros problemas. Esto implica que programas que no tienen un contenido específicamente relacionado con las drogas pueden sin embargo, reducir el uso de drogas porque crean un contexto más ampliamente positivo para el desarrollo de los jóvenes. En otras evaluaciones, se ha comprobado que esos programas repercuten en un conjunto más extenso de trastornos mentales, emocionales y del comportamiento, al igual que en el uso de drogas (O'Connell et al., 2009).

8.2.3 Pruebas para detectar el uso de drogas en las escuelas

La mayoría de los programas de prevención en las escuelas son métodos de “educación y persuasión” (Paglia y Room, 1999). No obstante, hay otros métodos basados en las escuelas que se concentran en políticas escolares sobre las drogas, como las pruebas para detectar el uso de drogas en los atletas estudiantiles, la definición de una zona libre de drogas alrededor de las instalaciones escolares y el castigo o la orientación para los estudiantes identificados como usuarios de drogas. Esas políticas no han sido evaluadas extensamente (Paglia y Room, 1999; Evans-Whipp et al., 2004). Las pruebas para detectar el uso de drogas en las escuelas, ya sean aleatorias o según las sospechas, son más frecuentes en los Estados Unidos de América que en otros países, si bien se efectúan en una minoría de escuelas. Un estudio estadounidense (Yamaguchi et al., 2003) encontró que, entre los alumnos de los grados octavo, décimo y duodécimo, el uso de drogas por los estudiantes en las escuelas con pruebas de detección no difería del observado en las escuelas sin esas pruebas, pero se podría esperar que

únicamente las escuelas con problemas considerables de drogas adopten esas medidas de intrusión. Una revisión posterior de programas en las escuelas (McKegany, 2005) no encontró pruebas convincentes que justificaran las pruebas aleatorias de detección del uso de drogas en las escuelas. El informe también especuló que esos programas podrían tener efectos negativos, por ejemplo la reducción de la confianza entre los alumnos y el personal.

8.2.4 Prevención del uso de drogas ilegales por medio de intervenciones orientadas a las familias y las comunidades

Una reciente revisión Cochrane informó acerca de la efectividad de la prevención del uso de drogas ilegales entre los jóvenes efectuada fuera del entorno escolar mediante actividades de prevención en la familia y la comunidad (Gates et al., 2006). No hubo suficientes estudios para que los autores pudieran realizar un meta-análisis y combinar resultados de intervenciones similares, aunque se detectaron efectos importantes en estudios individuales de intervenciones en las familias, pero no en las intervenciones con múltiples componentes comunitarios.

En la prevención basada en la familia, una intervención mostró efectos de prevención del uso de cannabis y metanfetaminas. El Programa de Fortalecimiento de las Familias (SFP10-14) es una intervención breve, en siete sesiones, que se concentra en promover las relaciones, la comunicación, el comportamiento y la gestión de conflictos en las familias. En un ensayo aleatorizado (Spot et al., 2004), se evaluó el SFP10-14 junto con la intervención basada en el desarrollo de aptitudes llamada Preparación para Años Libres de Drogas (PDFY) y un grupo normal de control; después de seis años, hubo una marcada reducción en el uso de cannabis en toda la vida en los jóvenes expuestos al programa para las familias (SFP10-14), en comparación con los incluidos en la PDFY y en los grupos normales de control. Después de seis años, los jóvenes sometidos a la intervención SFP10-14 tenían menos de la mitad de probabilidades de haber usado cannabis (Gates et al., 2006). Dos estudios aleatorizados también han examinado la efectividad del SFP10-14 para prevenir el uso de metanfetaminas (Spot et al., 2006). La combinación de los resultados de esos dos estudios indica que, seis años después de la intervención, el uso de metanfetaminas se redujo en aproximadamente dos terceras partes. Las repercusiones del SFP10-14 en el uso de otras drogas ilegales son menos claras, si bien se han destacado efectos en otros trastornos mentales, emocionales y del comportamiento (O'Connell et al., 2009).

La revisión Cochrane encontró cinco estudios aleatorizados que evaluaron intervenciones con múltiples componentes comunitarios, descritos en el cuadro 8.1. Cuatro de estos estudios (Biglan et al., 2000; Schinke et al., 2000; Perry et al., 2003; Flay et al., 2004) examinaron si un componente comunitario agregaba un valor adicional a los efectos de las actividades de prevención en las escuelas. En tres estudios (Shinke et al., 2000; Perry et al., 2003; Flay et al., 2004), no se identificaron efectos claros más allá de los logrados por las actividades de prevención en las escuelas. El cuarto estudio (Biglan et al., 2000) encontró un efecto marginalmente significativo sobre el uso de cannabis, pero después de cuatro años la diferencia era pequeña: menos de 2% entre la prevención de la comunidad y la prevención en las escuelas en el grupo usado para la comparación. En un estudio sin una comparación con la prevención en las escuelas (Wu et al., 2002), una intervención en la comunidad realizada en China fue comparada con la ausencia de la intervención. Si bien los autores señalaron una gran

reducción de nuevos usuarios de drogas en las aldeas incluidas en la intervención, en comparación con las aldeas usadas como testigos, el resultado recalculado en la revisión Cochrane no apoya esa conclusión. En general y desde un punto de vista científico, un grupo pequeño de estudios que dan resultados coherentes de que hay muy poco o ningún efecto indica que los programas basados en la comunidad son ineficaces como clase general de intervenciones de prevención.

8.2.5 Métodos que usan los medios de difusión y el mercadeo social

La OMS (Hawks et al., 2002) llevó a cabo un análisis minucioso de métodos basados en los medios de difusión para la prevención del uso de sustancias psicoactivas. Este análisis abarcó 13 trabajos de revisión, tres de los cuales proporcionaron información concerniente a los países en desarrollo. Los autores concluyeron que el empleo de los medios como único instrumento, en particular en presencia de otras influencias contrarrestantes como la cultura pro drogas en las discotecas, la música que promueve el consumo de drogas, los modelos de comportamiento de uso de drogas y las imágenes que muestran el uso de drogas, no era una forma eficaz de reducir el consumo de sustancias psicoactivas, si bien las campañas en los medios de difusión en ciertos casos podían crear conciencia acerca de las consecuencias negativas del uso de drogas.

Después de la revisión de la OMS, un estudio en gran escala informó sobre una evaluación de la Campaña Nacional Antidrogas en los Medios de Difusión dirigida a los jóvenes en los Estados Unidos de América (1999-2003) (Orwin et al., 2006). Esta campaña abarcó a la televisión, la radio y otros medios publicitarios complementados por actividades de relaciones públicas, incluida la extensión a la comunidad y las alianzas institucionales. La campaña estaba dirigida a los jóvenes directamente y también indirectamente por conducto de los padres y otros adultos, quienes eran instados a controlar el acceso a las drogas para los jóvenes. Además, el último año del programa incluyó una iniciativa específica sobre la marihuana. La evaluación no reveló ningún efecto sobre el uso de drogas por los jóvenes, ya sea con la iniciativa específica para la marihuana o con la campaña en general, a pesar de que se logró una considerable exposición de los jóvenes a los mensajes de la campaña. Estos resultados son desalentadores dado el propósito de la campaña de retrasar el comienzo del uso de drogas.

En contraste con los métodos que usan los medios de difusión, los programas de mercadeo social buscan producir el cambio social usando conceptos provenientes de la publicidad y el mercadeo. Sus defensores argumentan que esas técnicas tienen el potencial de aumentar la participación en iniciativas particulares de tratamiento o prevención, como los servicios para promover el abandono del hábito de fumar (Hastings y McLean, 2006). La forma de lograrlo es hacer que los servicios estén más orientados a los consumidores y, de ese modo, sean más adecuados para las necesidades individuales. Una evaluación de la Intervención de Mercadeo Social (SMI por sus siglas en inglés) informó que hubo un efecto significativo sobre el uso de cannabis en toda la vida (Slater et al., 2006); el inicio del uso de cannabis fue entre 10% y 72% menos probable dos años después de la exposición a la SMI, en comparación con las comunidades de control que no recibieron el programa. Desafortunadamente, los resultados de un solo estudio estadounidense con intervalos de confianza amplios solo pueden ser interpretados como sugerentes en ausencia de una duplicación del estudio.

8.3 Otras interrogantes claves para los encargados de formular las políticas

La bibliografía sobre la prevención se concentra en responder a la pregunta: “¿Da resultado?” Hemos considerado esta pregunta antes y podemos dar una respuesta calificada: algunos programas de prevención sí parecen dar resultado, pero los efectos son modestos y los datos probatorios generalmente son bastante escasos. También concluimos que hay algunos tipos de programas de prevención que evidentemente no dan resultado. Para continuar, consideraremos varias otras preguntas acerca de la prevención que pueden hacer los encargados de las políticas.

8.3.1 ¿Se adoptan y se ponen en práctica los programas de prevención tal como se había previsto?

Según una autoridad en materia de prevención, “el nexo entre una idea promisoriosa y sus efectos en los estudiantes es la aplicación; sin embargo, rara vez se ponen en práctica las innovaciones tal como se habían planeado” (Berman y McLaughlin, 1976). Dado el número de programas promisorios de prevención que no han mostrado efectos en estudios rigurosos de duplicación, ha habido un esfuerzo concertado para promover la adopción de intervenciones cuya alta fidelidad haya sido comprobada (es decir, fueron puestas en práctica tal como planeó quien elaboró el programa). Un estudio de distritos escolares en 11 estados de los Estados Unidos de América (Hallfors y Godette, 2002) encontró que, a pesar del requisito de seleccionar programas basados en investigaciones, muchos distritos escolares escogen otros programas y, cuando se escogen programas basados en la investigación, a menudo no son puestos en práctica con fidelidad. A veces, por consideraciones políticas se confieren a ciertos programas posiciones privilegiadas o fondos especiales, como ha ocurrido con el DARE. Otras veces, el deseo de hacer que los programas sean culturalmente congruentes exige la adaptación a las circunstancias locales. El hecho de que esas adaptaciones hacen que el programa sea mejor aceptado a menudo es considerado prueba suficiente de que también hacen efectivo el programa, pero esto no está garantizado de ningún modo.

Sin embargo, en el contexto de ensayos rigurosos de campo, con frecuencia el programa no es puesto en práctica conforme a los objetivos planificados (Dusenbury et al., 2003). La importancia de la fidelidad en la aplicación es señalada por Brown (2001) y Gorman (2002). En una evaluación de seis años del programa Capacitación en Aptitudes para la Vida (LST) (Borvin et al., 1990, 1995, 2001), los estudiantes de grupos que recibieron menos de 60% del programa (aplicación de escasa fidelidad) no solo informaron más uso de marihuana que el grupo con una aplicación de alta fidelidad sino que también informaron más uso de drogas que el grupo testigo, si bien esas comparaciones entre la alta fidelidad y la escasa fidelidad son difíciles de interpretar porque el grupo con una aplicación de escasa fidelidad probablemente sea en general de algún modo diferente, en comparación con el grupo testigo (Foxcroft et al., 1997). Esto crea un sesgo de selección y compromete seriamente los informes basados en este tipo de análisis de subgrupos.

8.3.2 ¿Los programas estadounidenses de prevención efectiva darán resultado en otros países?

Al comenzar este capítulo, subrayamos el lugar predominante que ocupan los Estados Unidos de América en la evaluación de actividades de prevención. Esto es confirmado por los datos de la revisión Cochrane, en la cual los estudios destacados como merecedores de duplicación eran todas evaluaciones de programas de prevención estadounidenses. Esto plantea el interrogante acerca de que los programas

de prevención de comprobada efectividad en los Estados Unidos de América puedan dar resultado en otros países y culturas, donde el idioma y los contextos sociales tal vez sean muy distintos (Allott et al., 1999; Cuijpers, 2003; Foxcroft et al., 2003). En las comparaciones internacionales, Estados Unidos de América tiene tasas relativamente altas de uso de drogas por los adolescentes. ¿Serán los programas estadounidenses adecuados o capaces de mostrar efectos significativos cuando las tasas de uso sean considerablemente más bajas? La respuesta quizás dependa de la medida en que un programa de prevención pueda ser revisado para hacerlo específico para la cultura. Un estudio en Phoenix, Arizona (Hecht et al., 2003), ha mostrado que una versión multicultural de un programa de prevención del uso de drogas ensayada en escuelas intermedias fue por lo menos tan efectivo como las versiones culturalmente orientadas del mismo programa de prevención. Este es un resultado importante porque los programas específicos para una determinada cultura son difíciles de poner en práctica en entornos culturalmente variados. Sin embargo, sería ingenuo pensar que los materiales del programa de prevención elaborados para un solo entorno puedan ser adoptados por completo sin hacer algún tipo de adaptación cultural. El reto es adaptar los materiales y formatos sin poner en riesgo la integridad teórica y conceptual y, por lo tanto, la posible efectividad (Sue, 1998; Tanaka Matsumi et al., 2002; Dragguns, 2004). Además, aun países culturalmente cercanos a los Estados Unidos de América tal vez tengan objetivos de la educación escolar que difieren del consenso estadounidense (Midford et al., 1998), lo cual puede generar dudas acerca de la aplicabilidad de un programa de prevención proveniente de los Estados Unidos de América.

8.3.3 ¿Son efectivos los programas dirigidos específicamente a los grupos de jóvenes expuestos a un alto riesgo?

El método tradicional de salud pública (Blane, 1976) implica dos niveles de prevención, cada uno de ellos determinado por el uso actual de drogas. La prevención primaria está dirigida a los no usuarios actuales e incluye proyectos encaminados a reducir la incidencia del uso de drogas impidiendo que los no usuarios se conviertan en usuarios (Staulcup et al., 1979). La prevención secundaria implica la identificación e intervención tempranas dirigidas a los usuarios de drogas ya existentes (Staulcup et al., 1979) con el objetivo de detener un problema antes de que se desarrolle por completo (Blane, 1976).

No obstante, el modelo tradicional de prevención no justifica apropiadamente las formas diferentes que en general adoptan los programas de prevención del uso de drogas. En primer término, los programas realizados a nivel de la población no distinguen necesariamente entre jóvenes que ya han comenzado a usar drogas y los que no lo han hecho. En segundo lugar, los programas orientados a los grupos de alto riesgo no son simplemente clasificados como de prevención secundaria porque el mayor riesgo puede ser un factor del entorno (por ejemplo, problemas en las aptitudes de los padres para criar a sus hijos) y no que alguien ya haya comenzado a usar drogas. Por consiguiente, el énfasis en satisfacer las necesidades de grupos o individuos específicos ha llevado a perfeccionar la clasificación de las intervenciones de prevención en tres categorías: universales, selectivas e indicadas (Cuijpers, 2003; EMCDDA, 2003; Crome y McArdle, 2004). Las intervenciones universales están orientadas a la población en general y no a quienes son identificados sobre la base de factores individuales de riesgo. Las intervenciones pueden abarcar a toda la población escolar mediante enseñanzas concernientes a las drogas, o a los padres con programas para desarrollar sus aptitudes como tales, o a las comunidades por medio de actividades de prevención en toda la comunidad; todas esas

intervenciones tienen el propósito de prevenir, retrasar o reducir el uso de drogas y los daños conexos a nivel de la población en general. Las intervenciones de prevención selectivas están dirigidas a individuos, familias o grupos específicos expuestos a un mayor riesgo de uso de drogas y los problemas asociados (por ejemplo, los hijos de padres con problemas relacionados con el consumo de sustancias, o los jóvenes que viven en zonas de alto riesgo). Esos métodos abarcan a todo el grupo sin importar el grado de riesgo de las personas que integran el grupo. Los programas de prevención individualizada están diseñados para abordar los múltiples y complejos factores de riesgo de las familias consideradas disfuncionales. Ejemplos de los problemas que requieren el envío a esos programas son el uso extenso de drogas por el joven, la exclusión de la escuela, el contacto con el sistema de justicia penal, así como el descuido, el maltrato u otros problemas relacionados con el cuidado deficiente de los hijos.

Hasta el momento hemos considerado principalmente estrategias universales que abordan a toda una población con el propósito de desplazar toda la distribución estadística de un comportamiento o de un factor de riesgo particular —incluyendo el extremo de la distribución— en una dirección favorable (Rose, 1992). Esas estrategias en la población son necesarias siempre que sea difícil identificar a quienes están expuestos a un mayor riesgo para efectuar una intervención, o siempre que el riesgo esté ampliamente difundido en toda la población de jóvenes en relación con ciertas drogas, en especial el cannabis y las llamadas drogas de discotecas. Los datos provenientes de las revisiones Cochrane (Faggiano et al., 2005; Gates et al., 2006) informados antes indican que las intervenciones universales pueden afectar al inicio del uso de drogas. Por el contrario, los programas selectivos e individualizados pueden en principio ser útiles cuando quienes están expuestos a un mayor riesgo pueden ser sometidos a intervenciones específicas de prevención, por ejemplo, cuando los vecindarios se caracterizan por el uso de drogas, cuando se sabe que las familias tienen una vulnerabilidad particular, o en los bailes públicos (fiestas ‘rave’) donde el uso de las drogas de discoteca es un problema particular. No obstante, es limitada la cantidad de datos de alta calidad que confirman la efectividad de los programas selectivos e indicados, orientados a quienes están expuestos a un mayor riesgo.

Se ha evaluado una serie de programas dirigidos a grupos de jóvenes expuestos a un alto riesgo (por ejemplo, en las escuelas o vecindarios) así como a individuos también expuestos a un mayor riesgo (por ejemplo, adolescentes con trastornos de la conducta o un comienzo temprano del consumo de drogas). Una revisión de esta literatura (Roe y Becker, 2005) abarcó 16 estudios de buena calidad acerca de la efectividad, basados en el seguimiento a corto plazo y realizados todos en América del Norte. Siete estudios informaron sobre la efectividad de programas en las escuelas (entrenamiento en aptitudes para la vida) entre adolescentes expuestos al riesgo, algunos de los cuales mostraron efectos positivos mientras que otros no mostraron ningún efecto. Los resultados de los estudios de la efectividad de los servicios de orientación para jóvenes en riesgo fueron mixtos: algunos estudios presentaron resultados favorables, otros, resultados desfavorables, y hubo otros que no produjeron ningún efecto. Se comunicaron resultados mixtos similares con respecto a intervenciones con múltiples componentes, que incluían servicios tales como el apoyo a las familias, actividades después de clase y la asignación de mentores. En un estudio, después de un año de seguimiento, se informó un menor uso de drogas entre los participantes en el programa en comparación con los testigos, mientras que otro estudio de una intervención con múltiples componentes encontró un mayor uso de marihuana entre los participantes en el programa.

Los programas universales pueden ser muy efectivos para los jóvenes que aun no han iniciado el uso de drogas. En minuciosos análisis posteriores de una pequeña cantidad de estudios, los efectos de los programas parecen ser más fuertes (Hansen et al., 1988; Ellickson et al., 1993) para ese grupo, lo cual lleva a sugerir que los programas universales tal vez tengan poco o ningún efecto en quienes están expuestos a un mayor riesgo porque ya han iniciado el uso de drogas (Manski et al., 2001). Algunos sostienen que esto constituye un argumento a favor de los programas de prevención dirigidos a los individuos en alto riesgo (Manski et al., 2001), pero también es razonable y claramente preferible que, en ese grupo de población, las intervenciones universales sean realizadas más tempranamente, antes del comienzo del uso de drogas.

8.4 ¿Vale la pena efectuar pequeñas actividades de prevención?

Hay datos bastante persuasivos que indican que algunos programas de prevención pueden retrasar el comienzo del uso de drogas. Históricamente, la edad de inicio del uso se correlaciona con muchos otros resultados de interés. No obstante, como las consecuencias más graves del uso de drogas se producen muchos años después de que se realizan los programas de prevención, los científicos probablemente nunca podrán medir con certeza la medida en que, por ejemplo, un menor uso de cannabis en la adolescencia se traduce en una reducción del uso indebido de cocaína, de la infección por el VIH y de las muertes por sobredosis años y decenios más tarde.

Esto no perturba a los encargados de las políticas que ven la prevención del uso de cannabis en la juventud como un bien en sí mismo. Sin embargo, hay otros que desean prevenir el uso de cannabis principalmente porque esperan que signifique que habrá un efecto correlacionado en el posterior uso de drogas ilegales y sus consecuencias. ¿Qué más se puede descubrir en la literatura científica que sirva a los encargados de las políticas que adoptan esta perspectiva? Desde un punto de vista optimista, no es necesario aceptar la hipótesis de una “puerta de entrada” (es decir, que el uso de una sustancia inevitablemente conduce al consumo de otra) para creer que el retraso del uso de cannabis indica reducciones en el posterior uso de otras sustancias. Todo lo que hay que creer es que tanto el uso de cannabis en una edad temprana como el uso posterior de otras sustancias son impulsados por características comunes no observadas (por ejemplo, aptitudes sociales o normas acerca de las drogas en general) que son afectadas por el programa de prevención.

Desde un punto de vista pesimista, no sabemos si los programas, cuando son efectivos, afectan principalmente al inicio del uso por quienes se hubieran convertido en usuarios infrecuentes de drogas, o si también afectan al inicio en aquellos que de otro modo se hubieran convertido en usuarios más frecuentes y en potencia problemáticos de las drogas. Algunos estudios (por ejemplo, Ellickson et al., 2003) señalan que, si bien las intervenciones relacionadas con aptitudes sociales pueden retrasar el comienzo del uso de cannabis, no afectan el uso actual o habitual de esta sustancia. Por otra parte, los resultados examinados antes muestran mejores resultados para otras drogas ilegales, si bien se requieren estudios de duplicación.

Un informe del Centro RAND de Investigación sobre Políticas de los Estados Unidos de América (Caulkins et al., 2002) intentó responder a la siguiente pregunta: “¿Son los efectos de la prevención lo suficientemente grandes para justificar su realización?”. Después de analizar los costos y la efectividad

de varios programas establecidos de prevención del uso de drogas y alcohol, el informe concluyó que la inversión puede estar justificada aun cuando un programa universal de prevención tenga relativamente pocas repercusiones en la prevalencia en toda la vida, siempre que el efecto causal en el posterior uso en toda la vida se aproxime al nivel sugerido por las correlaciones históricas entre la edad de inicio y el uso en toda la vida.

En el modelo matemático de los autores, se combinaron 10 factores para obtener una estimación de los beneficios de los programas de prevención del uso de drogas efectuados en las escuelas, en términos de los costos de la atención de salud y costos sociales más amplios (por ejemplo, la pérdida de productividad) que se evitaron gracias a los casos prevenidos. Esta estimación fue luego cotejada con el costo de proporcionar el programa de prevención y se hizo una comparación directa. La conclusión del informe —que los beneficios de salud y sociales por participante originados por la reducción del uso de drogas (US\$ 840 correspondientes al tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis) superaba considerablemente los costos económicos de realizar los programas (~ US\$ 150 por participante) — fue robusta en un análisis de sensibilidad bastante amplio. Por consiguiente, aun cuando el programa de prevención simplemente retrase y no impida el comienzo del uso de drogas, aún así el beneficio podría superar los costos a largo plazo si los efectos sobre el uso a largo plazo son similares a los históricamente observados en iniciadores tempranos y tardíos.

El modelo matemático proporciona esas proyecciones para el uso en toda la vida del tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis. Las proyecciones indican que el principal beneficio se deriva de las reducciones en el uso de tabaco y alcohol, que representan aproximadamente dos terceras partes del efecto. En consecuencia, el costo y el beneficio se emparejan más si solo se considera la prevención del uso de drogas ilegales: aun cuando se agreguen la heroína y las metanfetaminas al modelo, la conclusión sigue siendo que los programas de prevención pueden evitar más costos sociales asociados con el uso de sustancias legales que costos asociados con el consumo de sustancias ilegales.

En general, este modelo indica que los programas efectivos de prevención del uso de drogas están justificados (por lo menos en los Estados Unidos de América, ya que los datos estadounidenses constituyen la base del modelo). No obstante, el modelo no nos dice cuáles programas de prevención ofrecen los mayores beneficios en entornos particulares. Un programa de prevención puede ser cuatro veces más efectivo que otro, pero con un costo tres veces más alto. Los encargados de las políticas deben considerar programas alternativos de prevención y los costos de oportunidad de poner en práctica uno en lugar de otro para determinar cuál programa proporciona el mayor beneficio en función de su costo en una determinada situación.

8.5 Conclusiones

En el anexo incluido después del capítulo 16, se sintetizan los principales resultados de este capítulo concernientes a los distintos tipos de programas de prevención. Las intervenciones que tienen los mayores efectos comparten dos características: se concentran en la intervención temprana en el entorno social más cercano, ya sea el aula o la familia, y abordan además problemas distintos del uso de drogas al concentrarse en el desarrollo social y del comportamiento. Igualmente hay que destacar el número de calificaciones nulas en el cuadro 8.1, incluyendo las calificaciones de algunos programas

ampliamente utilizados. Ninguno de los programas tiene un costo por participante particularmente elevado. Esto puede hacer tolerables para los encargados de formular las políticas las calificaciones modestas de la efectividad.

La conclusión clave sacada en este capítulo es que, sobre la base de los datos probatorios, los programas de prevención orientados a las escuelas o las familias son en general actividades de costo relativamente bajo que pueden producir beneficios modestos, pero potencialmente importantes. Esta es una conclusión general concerniente a los efectos modestos, con la salvedad de que en algunos programas de prevención no hay pruebas de un beneficio, mientras que en otros se comprueba cierta efectividad. Nuestra conclusión acerca de qué hace más efectivos los programas es que los programas de prevención que proporcionan una intervención temprana en el entorno social más cercano, ya sea el aula o la familia, y que se concentran en el desarrollo de aptitudes sociales y del comportamiento positivas, son en potencia importantes para retrasar el uso y limitar los daños. Por el contrario, no es probable que sean efectivos los programas que solo proporcionen información concerniente a las drogas o simplemente traten de aumentar la autoestima.

Una pregunta importante es por qué persistimos con programas de prevención basados en la información u otros métodos ineficaces. Parte de la respuesta puede ser que el público más importante para estos programas no son los jóvenes que constituyen los presuntos beneficiarios sino adultos preocupados, en especial padres de adolescentes, que desean ver que se está haciendo algo que piensan que probablemente será efectivo. En consecuencia, terminamos teniendo programas que envían los mensajes que los padres consideran más apropiados para sus hijos, en lugar de programas que pueden ser útiles para los jóvenes.

Las sociedades tienden a hacer una inversión pequeña en la prevención y, en general, obtienen beneficios pequeños. La deficiente elección de los programas puede llevar a que no se obtenga ningún beneficio; aun las opciones más sensatas no generarán un gran beneficio. La base científica carece de información definitiva sobre una serie de áreas de la prevención, pero la información proporcionada en este capítulo debería ayudar a los encargados de las políticas a usar los recursos de la prevención con mayor efectividad de la que pudieran lograr sin tener en cuenta la base de datos probatorios.

9. Servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas

9.1 Introducción

En este capítulo, se describen servicios diseñados para cambiar el comportamiento de los usuarios de drogas con el propósito de beneficiar tanto a ellos como a las personas que los rodean. Los objetivos de esos servicios son diversos y pueden incluir iniciar o mantener la abstinencia de drogas, reducir la cantidad o la frecuencia del consumo de drogas o modificar otros comportamientos distintos del uso de drogas (por ejemplo, las actividades delictivas o compartir agujas). Este capítulo se concentra en los resultados de varios tipos de servicios sociales y de salud. En un capítulo posterior sobre los sistemas de servicios (el capítulo 15), examinaremos cómo están organizadas las intervenciones en las comunidades y los estados y sus efectos más generales a nivel de la población.

Algunos analistas de la política de drogas intentan clasificar los servicios sociales y de salud relacionados con el uso de drogas en dos categorías que no se traslapan, a saber, los servicios cuyo propósito principal es eliminar el uso de drogas en sí y los que se concentran en reducir la cantidad de sufrimiento que el uso de drogas causa a los usuarios y a la sociedad. Deliberadamente no adoptamos esta distinción por dos razones. En primer término, todos los servicios sociales y de salud relacionados con las drogas buscan disminuir el daño generado por el uso de drogas. Los profesionales que se esfuerzan por reducir el uso de drogas de sus clientes están tan comprometidos con aminorar el sufrimiento humano como aquellos que buscan cambiar el comportamiento relacionado con las drogas de sus clientes y no sería correcto implicar que solo estos últimos se preocupan por los perjuicios causados por el uso de drogas. En segundo lugar, en la realidad cotidiana de las intervenciones examinadas en este capítulo a menudo se mezclan esos dos enfoques supuestamente distintos (Hall, 2007). Por ejemplo, cantidades importantes de personas que tienen acceso a programas de intercambio de agujas (cuyo objetivo es evitar el riesgo de infección más que el uso de drogas en sí) son enviadas por el personal de los programas a servicios diseñados para reducir el uso de drogas (US General Accounting Office, 1993). Asimismo, alguien que abandona permanentemente el uso de heroína después de unirse a Narcóticos Anónimos ciertamente reduce la cantidad de consecuencias causadas por las drogas que experimentará él mismo y otras personas que lo rodean.

En consecuencia, los datos examinados en este capítulo abarcan servicios sociales y de salud que intentan reducir el daño vinculado con las drogas por medio de la disminución del uso de las drogas en sí y/o mediante la modificación de comportamientos relacionados con las drogas, que son independientes de la cantidad del consumo (por ejemplo, comportamientos concernientes a procedimientos de inyección menos riesgosos). Limitamos nuestro examen a los programas que buscan contribuir a rehabilitar o a asistir a los usuarios de drogas, más que únicamente ejercer coerción sobre ellos o castigarlos. Si bien los tipos de servicios varían mucho de una sociedad a otra y aun dentro de una misma sociedad, todas las intervenciones concernientes a las drogas explícita o implícitamente suponen que los servicios de rehabilitación pueden producir cambios a nivel individual (por ejemplo, en las respuestas al afrontar problemas, las habilidades para prevenir la recaída, las actitudes y los valores morales) que se traducirán en tasas más bajas del uso de drogas, las infecciones relacionadas con estas, las muertes por sobredosis, el desempleo y las actividades delictivas. Restringimos nuestro examen a los servicios sobre los cuales se ha efectuado un número considerable de estudios científicos, lo cual limita nuestra discusión de programas establecidos recientemente que no han sido evaluados en forma extensa, como la distribución de agua para beber en las discotecas y el tratamiento con modafinil para la dependencia de metanfetaminas.

9.2 Tipos de intervenciones y sus efectos

Esta sección examina la solidez de los datos que sustentan la afirmación de que los distintos servicios cambian el comportamiento de los usuarios de drogas. Nuestra revisión abarca los beneficios directos para los usuarios al igual que efectos benéficos que van más allá de los usuarios (por ejemplo, la reducción de los delitos y de la transmisión de enfermedades infecciosas) y que, por lo tanto, son de considerable importancia para una amplia gama de interesados.

Se carece de un conocimiento sistemático de la “historia natural” del uso y la dependencia de muchas de las drogas, pero es seguro decir que los cambios en el nivel de uso independiente de una intervención no son raros. Un tipo de cambio es ampliamente reconocido: el volumen, la frecuencia y los riesgos para la salud del uso de drogas por lo general se intensifican en forma considerable durante el desarrollo de la dependencia de las drogas. El cambio opuesto, en el cual las personas que no reciben servicios reducen notablemente o interrumpen por completo el consumo de drogas o un comportamiento vinculado con estas, ha atraído mucho menos la atención de los especialistas en adicciones. La existencia de estas personas plantea un problema para muchos estudios de los resultados porque, en ausencia de grupos para la comparación no sometidos a la intervención, se pueden atribuir a las intervenciones evaluadas no solo éxitos genuinos sino también una cantidad desconocida de recuperaciones naturales. Volveremos a este punto cuando examinemos las evaluaciones de diferentes programas.

9.2.1 Intervenciones dirigidas principalmente a los usuarios de heroína y otros opioides

Terapia de sustitución de opioides (TSO)

Estos servicios normalmente se prestan a pacientes ambulatorios, a menudo en el contexto de consultorios que ofrecen tanto servicios psicosociales como una medicación de agonistas sustitutos. Los centros para la TSO están orientados básicamente a los usuarios de heroína, pero también pueden asistir a personas dependientes de la morfina, el opio y analgésicos de venta con receta. La metadona administrada diariamente por vía oral es la más ampliamente difundida de las múltiples formas de TSO. Hay una gama diversa de otros agentes opioides y vías de administración disponibles como TSO en todo el mundo, como la metadona inyectable, la buprenorfina sublingual, la heroína inhalable y las tabletas de morfina de liberación lenta administradas por vía oral, para nombrar solo algunas.

Las pruebas de la efectividad de la TSO son más sólidas que las de cualquier otra intervención relacionada con el uso de drogas (Uchtenhagen et al., 2004; véase también el recuadro 9.1). Una revisión importante (Amato et al., 2005) concluyó que es dos veces más probable que los usuarios de heroína inscritos en programas de TSO abandonen el uso de heroína, en comparación con los usuarios no tratados. Los estudios individuales descritos en el cuadro 9.1 indican que este beneficio no obedece a un efecto placebo; las dosis más altas de metadona son en general más efectivas que las más bajas. Además, se ha encontrado que las intervenciones de duración indefinida producen resultados superiores a las de una duración establecida normalizada (aun un límite de seis meses es demasiado breve). Al complementar la medicación con extensos servicios psicosociales se intensifican los resultados y la TSO es muy costo-efectiva en comparación con otras intervenciones de atención de salud.

Además de reducir el uso de heroína, la TSO aumenta las probabilidades de conseguir empleo, reduce el comportamiento delictivo hasta en 60% (Amato et al., 2005) y disminuye el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. En concordancia con estos resultados, el riesgo de muerte, en particular por sobredosis, en los pacientes que reciben metadona es inferior al 25% del riesgo al que están expuestos los usuarios de heroína no tratados (Amato et al., 2005; Barnett, 1999; Gunne y Gronbladh, 1981). Muchos de estos beneficios llegan más allá del paciente: menos delitos cometidos por usuarios

de drogas generan menos víctimas de delitos, menos desempleo disminuye la demanda de asistencia pública y menos enfermedades infecciosas entre los usuarios reducen el riesgo de enfermedades para el resto de la población. El mantenimiento con metadona también disminuye el uso de otras drogas ilegales distintas de los opiáceos. Esto puede obedecer a que el hecho de recibir un opiáceo de un centro de salud en lugar de adquirirlo a un traficante callejero contribuye a apartar a los usuarios de redes sociales en las cuales es frecuente el uso de una serie de drogas.

La buprenorfina es un medicamento más nuevo para la TSO, que puede ser combinado con naloxona para reducir el uso indebido y el potencial de sobredosis. En algunos países (por ejemplo, Francia y Suecia), la buprenorfina es recetada más ampliamente que la metadona. Los estudios de la administración de buprenorfina en dosis elevadas revelan impresionantes reducciones del uso de heroína y cocaína (véase, por ejemplo, Johnson et al., 2000; Kakko et al., 2003). Las comparaciones de las investigaciones sobre la metadona y la buprenorfina han variado algo en sus conclusiones con el paso de los años, pero la revisión más reciente (Connock et al., 2007) concluye que la metadona es ligeramente más efectiva y menos costosa que la buprenorfina.

Cuadro 9.1 Algunos estudios sobre la terapia de sustitución de opiáceos

Tópico y Estudio	Participantes por estudio	Intervención	Resultados
Mantenimiento en comparación con desintoxicación (Newman y Whitehall, 1979)	n = 50 pacientes con dependencia de heroína	Mantenimiento con metadona (100 mg) en comparación con la reducción de la dosis de metadona (disminución de 1 mg/día a partir de 60 mg al comienzo)	Después de 32 semanas, 72% de los pacientes con mantenimiento aún recibían los servicios, en contraste con solo 10% del grupo de pacientes con reducción de la dosis. Solo el grupo con mantenimiento mostró disminuciones del uso de heroína.
Mantenimiento en comparación con desintoxicación (Sees et al., 2000)	n = 88-91 pacientes con dependencia de opioides	Servicios psicosociales permanentes y tratamiento de mantenimiento con metadona, en comparación con el tratamiento de desintoxicación	Los pacientes en mantenimiento con metadona fueron retenidos por más tiempo (438 días, en contraste con 174 días) y presentaron una tasa doble de abstinencia de opioides (42%, en contraste con 20%), en comparación con los pacientes con abstinencia tratada médicamente ($p < 0,01$).

Cuadro 9.1 (continuación)

Tópico y Estudio	Participantes por estudio	Intervención	Resultados
Dosis (Ling et al., 1976)	n = 142-146 pacientes de la Administración de Veteranos con dependencia de opioides	Levo-alfa-acetil-metadol (LAAM) (80 mg) en comparación con una dosis baja (50 mg) y una dosis alta (100 mg) de metadona	Los pacientes tratados con una dosis alta de metadona presentaron la mejor tasa de retención. El grupo tratado con LAAM y el grupo tratado con la dosis alta de metadona tuvieron mejores resultados generales en cuanto al uso de drogas que el grupo que recibió la dosis baja de metadona ($p < 0,005$).
Dosis (Strain et al., 1999)	n = 95-97 pacientes con dependencia de opioides	Dosis moderada (4-50 mg) de metadona en comparación con una dosis alta (80-100 mg) de metadona	En ambos grupos disminuyó el uso de opioides; el grupo que recibió la dosis alta tuvo reducciones significativamente mayores del uso de opioides ($p = 0,01$).
Servicios psicosociales (Woody et al., 1995)	n = 6231 pacientes a quienes se administró metadona para tratar la dependencia de opiáceos	Orientación sobre las drogas, en comparación con orientación sobre las drogas + psicoterapia con cantidades similares de horas de contacto	Uso similar de opiáceos a los seis meses, pero los resultados positivos para la cocaína en los análisis de orina fueron menos frecuentes en el grupo que recibió la terapia (resultados positivos en 22% de las semanas, en comparación con 36%; $p < 0,02$).
Costo-efectividad (Barnett, 1999)	No se cuenta con datos	Análisis de costo-efectividad para comparar el mantenimiento con metadona versus tratamiento padronizado	El mantenimiento con la metadona tiene una razón incremental de la eficacia en función del costo de <US\$ 6.000/año de vida ajustado en función de la calidad. Esto representa una efectividad en función del costo sustancialmente superior a la habitual, de US\$ 50.000/año de vida ajustado en función de la calidad, correspondiente a las intervenciones de atención de salud.

Cuadro 9.1 (continuación)

Tópico y Estudio	Participantes por estudio	Intervención	Resultados
Servicios psicosociales (McLellan et al., 1993)	n = 32-35 pacientes con dependencia de opioides	Prescripción únicamente de metadona, en comparación con servicios psicosociales normales y servicios psicosociales intensificados	Todas las intervenciones disminuyeron el uso de drogas ilegales. La intensificación de los servicios condujo a que un porcentaje más alto de pacientes mostrara abstinencia de heroína ($p < 0,01$). El grupo que recibió servicios intensificados tuvo mejores resultados en cuanto al empleo, el consumo de alcohol y problemas con la ley ($p < 0,05$).

Fuente: Este cuadro es una expansión del que originalmente apareció en el informe del Comité Ejecutivo para el Módulo sobre Abuso de Sustancias de la Iniciativa de Investigación para Aumentar la Calidad (QUERI Substance Abuse Module Executive Committee, 2001).

Recuadro 9.1 El mantenimiento como alternativa para la desintoxicación

El estudio mediante un ensayo aleatorizado controlado y usando placebo de Kakko et al. (2003) es particularmente notable porque encontró efectos significativos a pesar de la débil potencia estadística (incluyó solo a 40 sujetos). Las personas que recibieron buprenorfina tuvieron una tasa de retención en un año de 75%, en contraste con 0% en quienes recibieron placebo, y los pacientes retenidos en el tratamiento presentaron alrededor de 75% de resultados negativos en las pruebas de orina para detectar todas las drogas ilegales (no solo la heroína), además de mostrar una reducción de 90% en una medición del comportamiento delictivo y los problemas con la ley. Subraya la peligrosidad de la adicción no tratada a la heroína el hecho de que los testigos tuvieron una tasa de mortalidad en un año de 20%, en contraste con 0% en el grupo que recibió buprenorfina. Se identificaron resultados similares con el mantenimiento de metadona, en comparación con el placebo, en otro ensayo clínico efectuado más de 20 años antes (Gunne y Gronbladh, 1981), lo que indica que, cualquiera que sea la forma de TSO empleada, el mantenimiento produce resultados notablemente mejores que los tratamientos de desintoxicación.

Además de ser administrada por vía oral, como en los estudios anteriores, la TSO ha sido proporcionada en forma inyectable. A partir de comienzos del siglo XX, algunos médicos británicos recetaron opiáceos inyectables en una forma que hoy se llamaría TSO. La prescripción de morfina o heroína era un procedimiento médico legal y bien aceptado entre los profesionales de la medicina y, por consiguiente, pasó a ser conocida como el “sistema británico”, en el cual se permitía a los pacientes inyectarse la morfina o heroína recetadas en el contexto de la atención médica en curso (ya fuera para aliviar el

dolor, en enfermos terminales o para el tratamiento de la dependencia de drogas). Sin estudios de evaluación sistemática, no es posible decir si este método era más o menos efectivo que otras formas de TSO basadas en la heroína (véase el recuadro 9.2).

Recuadro 9.2 El sistema británico para la terapia de sustitución de heroína

Durante gran parte del siglo XX, el Reino Unido fue el único país en el cual se permitía a los médicos prescribir opiáceos inyectables en el contexto del tratamiento de las adicciones. Las preparaciones más comunes fueron la morfina inyectable hasta los años sesenta, la diamorfina (heroína) inyectable en los años sesenta y comienzos de los setenta y la metadona inyectable a partir de mediados de los setenta. No obstante, no fue sino hasta los años sesenta que se tuvo fuera de América del Norte un problema considerable de adicción a la heroína entre los jóvenes y las personas desfavorecidas. En consecuencia, para el momento en que se ensayó el “sistema británico” de tratamiento de mantenimiento con opiáceos inyectables, se comenzaban a informar resultados importantes con el tratamiento de mantenimiento con metadona. Un influyente ensayo controlado aleatorizado efectuado a mediados de los años setenta (Hartnoll et al., 1980) señaló una mezcla de ventajas y desventajas del mantenimiento con heroína inyectable, en comparación con el mantenimiento con metadona administrada por vía oral, mientras que este último tratamiento se asoció con una polarización de los resultados en la población de pacientes, donde hubo una mayor proporción de pacientes que reducían o abandonaban el uso de drogas, pero también una mayor proporción que empeoraba. A partir de ese momento, el mantenimiento con metadona administrada por vía oral ha sido la forma de TSO recetada con más frecuencia en el Reino Unido, mientras que el porcentaje de recetas de mantenimiento con la forma inyectable se había diluido a alrededor de 10% para mediados de los años noventa (Strang et al., 1996) y bajó a aproximadamente 2% para el año 2005 (Strang et al., 2007). Continuó siendo rara la prescripción de heroína, que representa menos de 1% de las recetas.

A comienzos de los años noventa, los clínicos y los encargados de las políticas en Suiza decidieron introducir servicios de mantenimiento con heroína. El método suizo difería del modelo británico ya que los consultorios abrían siete días por semana, los 365 días del año, y toda la medicación inyectada se administraba bajo supervisión en el sitio. Esto era económicamente costoso, pero virtualmente eliminó la desviación al mercado negro encontrada a veces en el sistema británico. El sistema suizo también suprimió el desafío del médico en decidir sobre la dosis de heroína; en cambio, se proporcionó a los pacientes tanta heroína como desearan consumir.

Después de los estudios observacionales realizados en Suiza, se efectuaron en Europa y Canadá varios ensayos controlados aleatorizados para investigar la eficacia de la prescripción médica de heroína (Fischer et al., 2007; Lintzeris, 2009). En el recuadro 9.3 se presenta una síntesis de estos programas. Los participantes en estos ensayos de la prescripción médica de heroína eran usuarios de heroína crónicos y muy problemáticos que no habían conseguido beneficios terapéuticos duraderos con otros

servicios sociales y de salud (incluyendo el mantenimiento con metadona). Los estudios examinaron los efectos de la prescripción de heroína como último recurso. Cada uno de los estudios mencionados se realizó en múltiples sitios y ofreció heroína como única intervención en el sitio. Los estudios compararon los beneficios de la prescripción de heroína con los de la intervención de control, el mantenimiento con metadona de alta calidad, en un período de 12 meses.

Recuadro 9.3 Estudios aleatorizados del mantenimiento con heroína en los Países Bajos, Alemania y Canadá

Desde fines de los años noventa, se han realizado ensayos clínicos del mantenimiento con heroína para personas dependientes de la heroína que no obtuvieron beneficios duraderos con el mantenimiento con metadona y otras formas muy difundidas de TSO. El estudio holandés (van den Brink et al., 2003) incluyó las dos intervenciones experimentales de administración médica de heroína inhalable e inyectable. Se midió la efectividad considerando una combinación del estado de salud, el uso de drogas ilegales y la actividad delictiva. La heroína recetada de manera conjunta con la metadona fue considerablemente más efectiva que el mantenimiento con metadona sola tanto en el ensayo con heroína inhalable (tasa de respuesta de 49,7%, en contraste con 26,9%) como en el ensayo con heroína inyectable (55,5%, en contraste con 31,2%). Es importante señalar que la interrupción de la heroína correcetada dio como resultado un rápido deterioro en 82% (94 de 115) de los sujetos que respondieron al tratamiento con heroína administrada conjuntamente con la metadona (van den Brink et al., 2003). En el estudio alemán, la retención fue más alta en el grupo de pacientes que recibieron heroína (67,2%), en comparación con el grupo al que se administró solo metadona (40,0%). Además, el grupo tratado con heroína mostró una reducción del uso de drogas ilegales y una mejora considerablemente mayor en una medición del estado de salud física y mental (Haasen et al., 2007). Del mismo modo, el estudio canadiense NAOMI (NAOMI Study Team, 2008) comprobó que los participantes asignados al azar al grupo que recibió heroína presentaron una retención más alta (87,8%, en contraste con 54,1%) que los pacientes a quienes se administró el mantenimiento con metadona. También tuvieron mejores resultados (en comparación con el grupo testigo) en una medición combinada de la reducción del uso de drogas ilegales y el comportamiento delictivo (67,0%, en contraste con 47,7%).

Una revisión Cochrane del año 2005 estableció que no se podían sacar conclusiones acerca de la efectividad general de la TSO basada en la heroína, pero también observó que los estudios que parecían corroborar el valor de esta intervención provenían de países donde se dispone ampliamente del mantenimiento con metadona (Ferri et al., 2005). Presumiblemente, sucede esto porque la TSO basada en la heroína ha sido usada en estos países básicamente para ayudar a usuarios de heroína irremisibles que no han respondido al tratamiento de mantenimiento con metadona administrada por vía oral. Como se mencionó, la función del mantenimiento con heroína en el sistema de servicios de salud de esos países es proporcionar otra opción cuando la TSO de primera línea no ha sido efectiva.

Tratamiento con antagonistas opiáceos

Un antagonista opiáceo reduce el efecto y, por lo tanto, el poder de reforzamiento de los opiáceos en el cerebro. La naltrexona por vía oral es el antagonista opiáceo usado más ampliamente. Si bien algunos estudios han mostrado que la naltrexona oral disminuye el uso de heroína y las tasas de encarcelamiento, una revisión Cochrane (Minozzi et al., 2006) señaló que, en general, los estudios sobre la administración oral de naltrexona tienen poca calidad metodológica y no permiten llegar a conclusiones sólidas acerca de la efectividad práctica de la medicación. Las medicaciones son efectivas solo cuando los usuarios de drogas observan el tratamiento prescrito y solo entre 10% y 15% de las personas dependientes de la heroína quieren tomar un medicamento que elimina la posibilidad de “viajar”. Recientemente se ha elaborado una formulación de liberación lenta y acción prolongada que tal vez produzca tasas más altas de observancia que las conseguidas con la dosis oral diaria.

9.2.2 Intervenciones encaminadas a reducir los riesgos para la salud causados por el uso de drogas

La TSO influye en muchas áreas de la salud y el bienestar además del uso de heroína, por ejemplo, reduciendo el riesgo de sobredosis y de infección por el VIH. Un tipo diferente de intervención está dirigido directamente a estos riesgos sin asumir que la cesación del uso de drogas debe ser el objetivo terapéutico principal. A los servicios sociales y de salud descritos en esta sección tienen acceso básicamente usuarios de heroína, pero la mayoría de esos servicios también pueden ser ofrecidos a personas que se inyectan otras drogas, como la cocaína.

Programas de intercambio de agujas y jeringas

La aparición de la epidemia de la infección por el VIH ha llevado a algunos encargados de las políticas y profesionales de la salud a concentrarse en la modificación del comportamiento de los usuarios que se inyectan drogas. En los 42 millones de personas que se estima que actualmente viven con el VIH/SIDA (a las que cada año se suman alrededor de 5 millones de nuevos infectados), se calcula que el uso de drogas inyectables probablemente originó directamente 10% del total de infecciones (ONUSIDA, 2006; OMS, 2006). Como esto es en gran medida resultado de compartir agujas y jeringas, toda intervención que reduzca la inyección de drogas o conduzca a técnicas de inyección menos peligrosas tiene el potencial de disminuir la propagación de la infección por el VIH/SIDA. Los programas de intercambio de jeringas también buscan reducir la transmisión del virus de la hepatitis C (VHC) que, en aproximadamente la mitad de los casos, conduce en última instancia a enfermedades hepáticas crónicas, como la cirrosis y el carcinoma hepatocelular (cáncer hepático primario). Sin embargo, no hay motivos para pensar que los programas de intercambio de jeringas disminuyan considerablemente la prevalencia de la hepatitis C dada la continua prevalencia elevada de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables (UDI) en muchos países (50% a 90%), la realidad de que la mayoría de las agujas devueltas para el intercambio son compartidas por múltiples usuarios de drogas (Shrestha et al., 2006) y la relativamente fácil transmisibilidad del VHC (Pollack, 2001). En consecuencia, el resumen de datos presentados a continuación se refiere únicamente a la infección por el VIH/SIDA.

Desde los años ochenta, los programas de intercambio de agujas y jeringas han sido comunes en Australia y en la mayoría de los países europeos, pero en otras partes han sido introducidos solo recientemente, de manera mínima, o no se han implantado. Hay un gran número de informes descriptivos y una cantidad más pequeña de estudios prospectivos diseñados más cuidadosamente sobre los programas de intercambio de agujas y jeringas que se concentran en el riesgo de infección y transmisión del VIH. Algunos investigadores han usado procedimientos estadísticos para elaborar modelos del tiempo de circulación de las agujas y las jeringas, argumentando que los programas de intercambio de agujas reducen las probabilidades de usar agujas y jeringas infectadas (Kaplan y Heimer, 1994). La falta de estudios aleatorizados del intercambio de agujas es una notable deficiencia en esta área.

La prueba de la efectividad del intercambio de agujas citada con más frecuencia es una revisión de 214 estudios no controlados efectuados en 81 ciudades con más de 300.000 usuarios (Hurley et al., 1997). La seroprevalencia del VIH en la población de usuarios aumentó 5,9% anualmente en las ciudades sin programas de intercambio de agujas y disminuyó 5,8% en las ciudades donde existían los programas. No obstante, Amundsen (2006) observa que la incidencia de la infección por el VIH alcanzó su punto culminante en muchas ciudades en la época del análisis de Hurley, mientras que el establecimiento de programas de intercambio de agujas fue más frecuente en la etapa tardía de la epidemia y no al comienzo. Por ejemplo, la seroprevalencia del VIH había descendido durante dos años completos antes de que se establecieran programas de intercambio de agujas en Glasgow, Escocia (Hurley et al., 1997). Amundsen argumenta que las pruebas para detectar el VIH se instauraron más o menos en la misma época y también pueden haber contribuido a los cambios atribuidos únicamente a los programas de intercambio de agujas. El cuestionamiento de Amundsen acerca de los datos que corroboran la efectividad del intercambio de agujas provocó una respuesta apasionada (Wodak, 2007). El otro aspecto conflictivo concerniente al intercambio de agujas es determinar si esos programas “envían un mensaje equivocado” y alientan a las personas a convertirse en UDI. Si bien no hay ningún estudio científico que apoye esta afirmación, esta se repite con frecuencia en el mundo de la política. Los debates emocionales que rodean a los programas de intercambio de agujas continuarán dado que esos programas son políticamente controvertidos y nunca han sido sometidos a un riguroso estudio clínico aleatorizado.

Eliminar la necesidad de una receta para las agujas

Otro método para ampliar el acceso a las jeringas es revocar las disposiciones que exigen contar con una receta para comprar agujas en las farmacias. Groseclose y sus colegas (1995) encontraron que, cuando el estado de Connecticut, los Estados Unidos de América, puso en práctica esta política, la proporción de UDI que informaron que compraban jeringas en las farmacias se cuadruplicó y la proporción que señalaba que las compraba en la calle disminuyó en más de 50%. La política de Connecticut fue aplicada al mismo tiempo que se abrogó una ley contra la posesión de agujas, lo cual probablemente contribuyó a los efectos mencionados.

En evaluaciones más recientes (por ejemplo, Bluthenthal et al., 2004) no se han repetido estos resultados tempranos. Esto puede reflejar la realidad de que las agujas están más ampliamente disponibles hoy en la mayoría de los países desarrollados. Por ejemplo, en 46 de los 50 estados estadounidenses se obtienen agujas sin receta y los programas de intercambio de agujas operan en muchas ciudades. Aún cuando siga siendo ilegal poseer agujas, es posible que los oficiales de policía confisquen las agujas

con menos frecuencia que antes de la epidemia de SIDA y, en ese caso, la legalización de la posesión de jeringas tal vez no muestre un efecto porque lo que se ha vuelto de jure ya existía de facto.

Aumentar la disponibilidad de naloxona para tratar las sobredosis de heroína

Como antagonista opiáceo que bloquea la capacidad de la heroína de ocupar sitios receptores, la naloxona reduce los efectos agudos de la sobredosis de heroína, principalmente la depresión respiratoria, que puede llevar a daño cerebral y la muerte. Se han propuesto dos estrategias para ampliar el acceso a este medicamento que puede salvar vidas.

La primera estrategia consiste en que todas las ambulancias lleven naloxona. Esto ya se hace en algunos países y permite a los profesionales de la medicina administrar naloxona cuando responden a una emergencia por sobredosis. No obstante, muchos usuarios de drogas (así como sus amigos y familiares que pudieran descubrir a su ser querido afectado por una sobredosis) no realizan el llamado por temor al arresto del usuario de drogas. Baca y Grant (2005) argumentan que, para maximizar los beneficios de la naloxona en las ambulancias, los profesionales de la atención de salud y de la aplicación de la ley deben establecer un acuerdo —anunciado a la comunidad de usuarios de drogas— de que los llamados de emergencia durante una sobredosis no conducirán a un arresto.

La segunda estrategia, que no compite con la primera, consiste en distribuir naloxona a los usuarios de drogas de la comunidad junto con información sobre la forma de usarla (Darke y Hall, 1997). Como las muertes vinculadas con sobredosis a menudo se producen cuando el usuario está solo o en presencia de personas que están ellas mismas muy intoxicadas, hay límites naturales al número de sobredosis mortales que se podrían evitar de este modo. No obstante, programas en España, Alemania, Italia, el Reino Unido y los Estados Unidos de América han documentado casos de reanimación con éxito gracias a la naloxona distribuida.

No existe ninguna investigación definitiva sobre los efectos de estas dos estrategias, ya sea solas o en combinación, pero los datos disponibles son alentadores (Baca y Grant, 2005).

Locales para el consumo supervisado de drogas

Los locales para el consumo supervisado de drogas son un elemento reciente en los servicios para los usuarios de drogas. En esos sitios, los usuarios de drogas pueden consumirla en un entorno supervisado limpio, que incluye personal que podría asistirlos en el caso de una sobredosis. También pueden ser considerados benéficos por algunos integrantes del público a quienes molesta la vista de usuarios de drogas inyectándose en escaleras, parques y otros lugares públicos.

Los servicios para el consumo supervisado de drogas existen en por lo menos 12 países de tres continentes (Kimber et al., 2003). Algunos encargados de las políticas han argumentado que estos programas no evitan problemas relacionados con las drogas y pueden incluso alentar el uso de drogas inyectables. En la actualidad no se cuenta con investigaciones que respondan a esta acusación en uno u otro sentido. La investigación mediante observaciones sin grupos de control ha informado que a esos servicios tienden a acudir usuarios de drogas de alto riesgo, algunos de los cuales luego buscan otros servicios, como los programas diseñados para reducir el uso de drogas (Word et al., 2006).

9.3 Intervenciones psicosociales para una serie de problemas relacionados con las drogas

En contraste con las intervenciones examinadas en la sección 9.2, diseñadas básicamente para los usuarios de heroína, existe una variedad de intervenciones psicosociales para los usuarios de una amplia gama de sustancias, como la heroína, la cocaína, las metanfetaminas, la marihuana, los alucinógenos, las benzodiazepinas y las llamadas drogas de discoteca. La falta de especificidad de estas intervenciones se origina en gran medida en la carencia de medicamentos específicos efectivos para tratar la dependencia de drogas que no sean opiáceos, a pesar de la considerable inversión en investigaciones sobre medicamentos. Las intervenciones que examinamos aquí son entonces todas de carácter psicosocial e intentan abordar un amplio espectro de usos de drogas y problemas conexos modificando el comportamiento, la cognición y factores sociales. En el recuadro 9.4 se describen los criterios terapéuticos generales que sustentan estas intervenciones.

Los servicios exclusivamente psicosociales son más difíciles de especificar que las intervenciones basadas en la medicación. Las dosis y las concentraciones sanguíneas de los medicamentos son más fáciles de medir que las sesiones “productivas” de orientación y las alianzas terapéuticas “fuertes”. Además, en el mundo real los programas generalmente mezclan elementos de múltiples métodos. Quienes elaboraron el Modelo de Matrices de la terapia para el uso indebido de estimulantes, por ejemplo, se basaron en elementos de métodos cognitivos y del comportamiento, los 12 pasos y redes familiares y sociales (Rawson et al., 2004), lo cual puede contribuir a explicar por qué importantes meta-análisis de la bibliografía no han encontrado ningún tratamiento psicosocial particular superior a los demás (Prendergast et al., 2002). Por estas razones, la investigación sobre intervenciones psicosociales permite menos precisión científica que la investigación sobre tratamientos basados en la medicación, pero los datos probatorios no son menos valiosos para la planificación de servicios sociales y de salud.

Recuadro 9.4 Conceptos que fundamentan el tratamiento de problemas causados por las drogas y algunos métodos de tratamiento representativos

Enfermedad cerebral. La adicción es un trastorno médico resultante de la exposición prolongada del cerebro a sustancias psicoactivas. Las alteraciones en el cerebro pueden ser lo suficientemente graves para requerir la administración indefinida de medicamentos, además de servicios psicosociales. Como enfermedad, el problema de la adicción no es culpa del adicto a las drogas y no puede ser resuelto con fuerza de voluntad.

Problema psicodinámico. Aunque carece de una base empírica, el concepto de que la adicción es simplemente un síntoma de un problema subyacente continúa siendo un criterio influyente en el tratamiento del uso de drogas. Este concepto por lo general no se concentra en el uso de drogas en sí y en cambio presta atención a los conflictos psicodinámicos y problemas emocionales subyacentes que se presume que hacen que la persona consuma drogas. A medida que los usuarios de drogas conocen sus “problemas”, se supone que cesa el uso de drogas.

Recuadro 9.4 (continuación)

Problema moral/religioso. El uso de drogas es el resultado de la inadecuación moral y la alienación de Dios. Se piensa que la participación en actividades altruistas (de carácter religioso o no religioso) al igual que la participación en actividades religiosas conducen a la eliminación de la adicción mediante la gracia espiritual o la iluminación. En algunas culturas, el castigo religioso, como la flagelación por un hombre santo, es parte de la cura.

Los 12 pasos. Muchos profesionales del tratamiento han adoptado el método de los 12 pasos creado por miembros de grupos de autoayuda que tenían problemas relacionados con el alcohol y las drogas. El método de los 12 pasos sostiene que la adicción es un problema emocional, físico y espiritual que puede ser detenido, pero nunca curado. El despertar espiritual y la afiliación con grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos (NA) son características esenciales de este método. La abstinencia en toda la vida es el objetivo del tratamiento. El famoso centro de tratamiento Hazelden en los Estados Unidos de América combinó las ideas de los 12 pasos con teorías psicológicas en lo que se conoció como el “Modelo Minnesota”, que se ha difundido a nivel internacional (Mäkelä et al., 1996). A menudo se usa el término “tratamiento de los 12 pasos” para describir esos métodos eclécticos y profesionalizados y debe distinguirse de los “grupos de los 12 pasos” como NA.

Problema cognitivo y de comportamiento. El uso de drogas es un comportamiento aprendido y, por lo tanto, puede ser desaprendido mediante la adquisición de aptitudes cognitivas y de comportamientos diferentes. Este método también promueve cambios en el entorno tales como incentivos tangibles para no usar las drogas (como en los programas de tratamiento para contingencias) y modificaciones en el entorno social inmediato (como en las terapias para las familias, las parejas, las redes sociales).

Comunidad terapéutica. El uso de drogas es parte de un modo de vida antisocial y desordenado que comprende comportamientos y actitudes desviados. Se requiere un entorno muy estructurado para resocializar al adicto a las drogas y convertirlo en una persona madura y responsable.

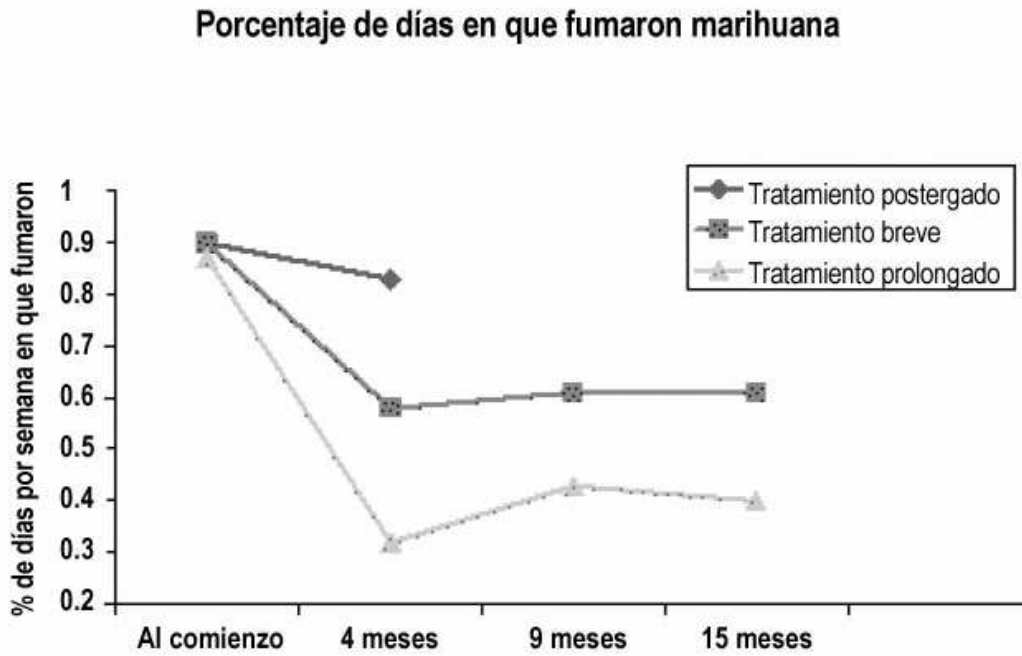
Intervención breve. El término intervención breve se refiere a toda actividad realizada por un tiempo limitado (por ejemplo, una o dos conversaciones o reuniones) para proporcionar información o asesoramiento, aumentar la motivación para evitar el uso de sustancias o enseñar aptitudes encaminadas a modificar el comportamiento que reducirán el uso de sustancias al igual que las probabilidades de consecuencias negativas. Normalmente se efectúan intervenciones breves dirigidas a las personas expuestas a un riesgo entre bajo y moderado. Entre las intervenciones más costo-efectivas y más eficientes en función del tiempo están las breves conversaciones de motivación entre un profesional de la atención de salud y un usuario de sustancias. Estas intervenciones de motivación tienen la finalidad de aumentar el compromiso con el proceso de cambio e incrementar la confianza en que es posible el cambio.

9.3.1 Comparación de los servicios con la ausencia de servicios

Los ensayos aleatorizados que comparan una o más intervenciones con un grupo testigo no tratado son difíciles de realizar por razones éticas, pero, en algunos casos, es aceptable un grupo de control escogido de una lista de espera. En investigaciones de ese tipo, algunos participantes reciben la intervención de inmediato mientras que a otros se les pide que esperen varios meses, lo cual permite una comparación a corto plazo de los resultados obtenidos en quienes recibieron la intervención y quienes no la recibieron. Los ensayos efectuados por Stephens et al. (2000) y Copeland et al. (2001) muestran que las intervenciones de orientación reducen el uso de marihuana más de lo que se observa sin la intervención. Esos estudios también muestran que ninguna intervención psicosocial única parece claramente superior a otra y que la reducción del uso de marihuana es un resultado más frecuente que la abstinencia total. El ensayo más grande de tratamiento de la dependencia del cannabis (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004) comparó grupos que recibieron dos sesiones de orientación, o nueve sesiones de orientación o ninguna orientación (grupo de control de la lista de espera). Como se muestra en la figura 9.1, la reducción en cuanto a días de uso fue más grande en el grupo que recibió nueve sesiones de orientación (59%), seguido por el grupo con dos sesiones (36%). El grupo de control de la lista de espera fue el que menos cambió (16%). Si bien no hubo pruebas de que la orientación mejorara el funcionamiento psicológico, los problemas médicos o el uso de alcohol, sí pareció reducir los problemas relacionados con el consumo de marihuana.

Los estudios efectuados en prisiones constituyen otra fuente de investigación controlada (Simpson et al., 1999). El diseño típico de esos estudios incluye un grupo de presos que participan voluntariamente en una comunidad terapéutica. Si bien los miembros de este grupo no siempre pueden ser asignados totalmente al azar, la participación en la comunidad terapéutica puede ser determinada por factores administrativos externos, como la disponibilidad de espacio en el momento de la liberación del preso. Como el preso no controla por completo si terminará o no en una comunidad terapéutica, se puede tener más confianza en la idea de que toda diferencia en los resultados obedece a la intervención y no a los presos. En consecuencia, estos estudios tienen grupos sin intervención para la comparación creíbles, si bien imperfectos, que permiten hacer inferencias causales.

Figura 9.1 Porcentaje de días en que fumaron marihuana 207 usuarios crónicos de marihuana, antes y después de ser asignados al azar a un grupo de control elegido a partir de la lista de espera (para tratamiento postergado), un grupo que recibió dos sesiones de orientación de motivación (tratamiento breve) o un grupo que recibió nueve sesiones de orientación psicosocial (tratamiento prolongado)



Fuente: Adaptado de Marijuana Treatment Project Research Group (2004).

Los resultados muestran que las comunidades terapéuticas aumentan considerablemente el tiempo transcurrido antes del nuevo encarcelamiento (por ejemplo, 289 días, en contraste con 189 días entre los no participantes, según Wexler et al., 1999) y la recaída en el uso de drogas (por ejemplo, 28,8 meses, en contraste con 13,2 meses entre los no participantes, según Butzin et al., 2005). Los servicios recibidos en el período inmediatamente posterior a la liberación de prisión parecen particularmente importantes. Las personas que reciben algún tratamiento en la comunidad terapéutica en la prisión, pero no reciben asistencia posterior no muestran mejores resultados a largo plazo que aquellas que no recibieron ningún servicio.

La tercera área de la investigación de la efectividad clínica es el estudio de intervenciones breves. Estos estudios se concentran en usuarios de drogas que en general no son seriamente dependientes de sustancias psicoactivas, identificados mediante el tamizaje en servicios médicos generales y de urgencia. Las intervenciones breves son todas las actividades realizadas por un tiempo limitado (por ejemplo, una o dos conversaciones o reuniones) para proporcionar información u orientación, aumentar la motivación para evitar el uso de sustancias o enseñar aptitudes encaminadas a modificar el comportamiento que reducirán el uso de sustancias y el riesgo de consecuencias negativas. Bernstein et al., (2005) efectuaron el tamizaje de más de 20.000 pacientes en un grupo de consultorios de hospitales y encontraron que 1.175 usaban drogas y estaban dispuestos a participar en el ensayo de una breve intervención. Aquellos que recibieron una sesión de entrevista motivadora y una llamada telefónica de seguimiento 10 días después, tuvieron 6 meses después un uso de cocaína y heroína algo inferior al de los individuos que solo recibieron un folleto informativo acerca de los servicios disponibles para los problemas de drogas. Desde una perspectiva de la política, hay que señalar que el número de pruebas de tamizaje requeridas para producir este efecto fue considerable y sin duda costoso.

Baker et al. (2005) encontraron que tanto el suministro de un folleto de autoayuda como una sola sesión de entrevista motivadora se asociaron con una reducción del consumo de anfetaminas entre usuarios habituales. Dos estudios (Bashir et al., 1994; Cormack et al., 1994) encontraron que los médicos generales pueden reducir el uso excesivo de benzodiazepinas en sus pacientes usando intervenciones breves, como cartas o consultas. El estudio más grande de intervenciones breves en usuarios de drogas (Humeniuk et al., 2008) fue realizado por la OMS en servicios de atención primaria de salud de cuatro países (Australia, Brasil, India y los Estados Unidos de América). Los usuarios de drogas incluidos en la categoría de riesgo moderado en una prueba de tamizaje de la OMS para detectar el uso de cannabis, cocaína, estimulantes del tipo de las anfetaminas y opioides fueron asignados a un grupo de control formado a partir de la lista de espera, o a una intervención mediante la cual recibieron una breve orientación de motivación en relación con la droga que implicaba el más alto riesgo. En comparación con los participantes del grupo de control, quienes recibieron la intervención breve informaron un consumo de drogas considerablemente menor en los tres meses anteriores. En contraste con estos resultados promisorios, varios investigadores han comunicado resultados negativos de intervenciones breves con usuarios de drogas (Baker et al., 2002); Marsden et al., 2005). Una cuestión importante que exige realizar otras investigaciones es la medida en que intervenciones breves pueden ser más efectivas si se las combina con estrategias que aumenten la intensidad de las intervenciones para los pacientes que no responden inicialmente.

9.3.2 Estudios sin un grupo de comparación

Como se señaló en el capítulo 7, los ensayos controlados aleatorizados que comparan un grupo sin intervención con otro que recibe una intervención son el criterio preferido en la ciencia clínica, pero a menudo son ética y prácticamente inviables. Otros diseños de investigación incluyen ensayos **cuasi experimentales, estudios mediante observaciones** y ensayos aleatorizados que comparan dos tratamientos activos. Al evaluar esos estudios, hay que tener en cuenta ciertas advertencias.

Los estudios que no incluyen testigos no tratados pueden atribuir a las intervenciones mejoras que también se hubieran producido sin la intervención, ya sea por una **regresión a la media** o una **recuperación natural**. A medida que aumenta el grado de mejoría en un estudio, uno progresivamente se vuelve más confiado en que la intervención es responsable de al menos parte del cambio, pero los expertos no se ponen de acuerdo en cuanto a dónde está ese punto que determina resultados diferentes. Por ejemplo, ¿una reducción de 30% en el uso de heroína supera la tasa de recuperación natural o es más creíble una reducción del 60%?

9.3.3 Meta-análisis de métodos particulares

Como se observó en el capítulo 7, un meta análisis saca conclusiones sobre la base de análisis estadísticos de datos agrupados y obtenidos a partir de una amplia gama de estudios. Un análisis de ese tipo de una serie de tratamientos para el uso de drogas (Prendergast et al., 2002) encontró que eran similares en cuanto a sus efectos positivos sobre el uso de drogas y problemas conexos. Era 36% más probable que los individuos que recibían tratamiento tuvieran buenos resultados en cuanto al uso de drogas, en comparación con los sujetos que no recibían el tratamiento. Los efectos positivos sobre el comportamiento delictivo fueron de aproximadamente la mitad de ese porcentaje, pero todavía eran estadísticamente significativos. Hay que señalar que, por razones metodológicas, solo 8 de los 78 estudios examinados en este metaanálisis eran sobre la terapia de sustitución de opiáceos y, por lo tanto, las conclusiones se aplican a intervenciones psicosociales.

Dos meta-análisis recientes examinaron métodos de **tratamiento para contingencias**, mencionados en el recuadro 9.4 como una forma de tratamiento para la dependencia de drogas relacionada con el comportamiento. Un meta-análisis (Lussier et al., 2006) encontró que el suministro de vales para regalos que premian la abstinencia era casi tan efectivos como los servicios examinados en el estudio de Prendergast y sus colegas (2002). Los vales para regalos de más valor tuvieron una mayor influencia en los pacientes que los de menor valor (por ejemplo, menos de 5 dólares estadounidenses), si bien algunos de estos vales de escaso valor tuvieron también una influencia positiva. Otro meta-análisis de métodos de tratamiento para contingencias, que incluyeron los vales pero no se limitaron a ellos, encontraron beneficios ligeramente más altos en promedio (Prendergast et al., 2006). Sin embargo, los autores observaron que, poco después de terminar el tratamiento para contingencias, los beneficios disminuyen considerablemente. El efecto aparentemente más grande puede entonces ser debido simplemente a que la mayoría de los estudios de tratamientos para contingencias no efectúan seguimientos a largo plazo.

Stanton y Shadish (1997) realizaron un importante meta-análisis de intervenciones dirigidas a los miembros de las redes sociales de los usuarios de drogas, como los cónyuges y los padres. Esos programas buscan modificar modalidades de interacción como las que refuerzan la reducción del uso de drogas y problemas conexos y apoyan los esfuerzos por mejorar las aptitudes sociales y para la vida. Los programas diseñados para cambiar modalidades de interacción en las redes sociales tienen mejores resultados en una serie de mediciones, en comparación con los servicios para los usuarios de drogas y las intervenciones en la familia que solo proporcionan educación. El tamaño del beneficio identificado era comparable con los encontrados en el meta-análisis de métodos de tratamiento para contingencias descritos anteriormente.

9.3.4 Estudios nacionales mediante observaciones sobre diversas opciones de tratamiento

Varios países han realizado amplios estudios mediante observaciones para evaluar la efectividad de servicios en grandes muestras de usuarios de drogas. Estos estudios no son aleatorizados y no incluyen grupos de control exentos de la intervención. En cambio, los pacientes son evaluados cuando llegan buscando ayuda y luego son evaluados nuevamente en momentos posteriores. Un subconjunto de esos estudios incluyen el Estudio Australiano de los Resultados de Tratamientos, el Estudio Estadounidense de los Resultados del Tratamiento del Abuso de Drogas, y el Estudio Nacional de Investigación sobre los Resultados de Tratamientos en el Reino Unido. Estos estudios generalmente encuentran que los pacientes con problemas de drogas que reciben actualmente los servicios disponibles con el tiempo presentan considerables disminuciones del uso de drogas, los delitos y los problemas conexos (Gossop et al., 1998; Etheridge et al., 1999; Ross et al., 2004). Ninguna de las intervenciones psicosociales parece ser mejor que las demás en relación con todas las drogas y todos los resultados. Los tratamientos de los 12 pasos en los Estados Unidos de América parecen producir tasas ligeramente mejores de abstinencia completa, un efecto que en parte puede ser atribuible a los grupos de autoayuda a los que asisten muchos pacientes durante períodos prolongados, como se examina a continuación.

9.4 Organizaciones de autoayuda dirigidas por compañeros

Las organizaciones de ayuda mutua dirigidas por compañeros son asociaciones voluntarias de ex-usuarios masivos de drogas que ahora intentan ayudarse entre sí para abandonar el uso de drogas y mejorar sus aptitudes para la vida, su comportamiento prosocial y su vida familiar. Normalmente son operadas por voluntarios, no cobran cuotas a los participantes y permiten la participación indefinida. La mayoría de esas organizaciones son económicamente independientes, si bien algunas aceptan subvenciones del gobierno y de fundaciones (Humphreys, 2004). A continuación examinaremos tres ejemplos.

9.4.1 Asociación de Autoayuda Pui Hong

Esta organización, que cuenta con unos 3.000 miembros, se originó a partir del club de pacientes egresados de programas de tratamiento de la adicción a opiáceos en Hong Kong. La asociación proporciona el apoyo de los compañeros para la abstinencia de opiáceos y también participa en extensos proyectos de servicios comunitarios (Ch'ien, 1980; Poshyachinda et al., 1982). En el único estudio de los resultados de la asociación, una muestra aleatoria de 100 nuevos miembros tuvo una tasa de 57% de abstinencia en dos años, en comparación con la tasa de 9% de 100 egresados del tratamiento que fueron invitados a unirse, pero no aceptaron (Ch'ien, 1980). La tasa de reingreso al programa en el

lapso de un año, que fue de alrededor de una tercera parte de los miembros, es también baja en comparación con la encontrada en la mayoría de los estudios de los resultados (Ch'ien, 1980).

9.4.2 Oxford House

Los miembros de Oxford House son tratados y viven en una casa que contribuyen a mantener, en la cual están prohibidos el uso de sustancias y la violencia. Hay alrededor de 10.000 residentes de Oxford House en América del Norte y Australia. Estudios no controlados documentan disminuciones del uso de sustancias y del comportamiento delictivo en los residentes de Oxford House (véase un examen en Humphreys, 2004) y un ensayo aleatorizado que incluyó a 157 personas encontró que los residentes de Oxford House tuvieron, en un período de dos años y en comparación con los sujetos asignados al grupo que recibió la asistencia habitual, la mitad de la tasa de uso indebido de sustancias, la tercera parte de la tasa de encarcelamiento y el doble de ingresos mensuales (Jason et al., 2006).

9.4.3 Narcóticos Anónimos

Establecido en los Estados Unidos de América, Narcóticos Anónimos (NA) se basa en el conocido “modelo de los 12 pasos” (véase el recuadro 9.4). A pesar de su nombre, NA se concentra en una serie de drogas ilegales y no solo en los estupefacientes. NA tiene filiales en más de 100 países y se ha difundido con éxito desde los Estados Unidos de América a sociedades con otros idiomas y tradiciones religiosas diferentes (por ejemplo, Egipto, España, Rusia y Tailandia). NA tiene por lo menos 250.000 miembros en todo el mundo. Si bien la mayoría de ellos residen en América del Norte, el crecimiento más rápido de miembros nuevos se ha producido en sociedades en desarrollo como Brasil e Irán.

Un estudio realizado en el Reino Unido (Christo y Sutton, 1994; Christo y Franey, 1995) encontró que la duración de la afiliación a NA se asocia positivamente con una mayor autoestima, menor ansiedad y una abstinencia de drogas más prolongada. Un estudio posterior en la ciudad estadounidense de Detroit encontró que los pacientes dependientes de drogas que asistían a NA y otros grupos de los 12 pasos tenían, en el seguimiento de un año después de haber sido dados de alta del tratamiento, mayores reducciones del uso de drogas, los problemas relacionados con las drogas, el uso de alcohol y problemas médicos, en comparación con los pacientes que no asistían a NA (Humphreys et al., 1994). Otros amplios estudios prospectivos de evaluación de múltiples programas en los Estados Unidos de América han encontrado resultados similares (Etheridge et al., 1999; Fiorentine, 1999; Humphreys et al., 1999; Weiss et al., 2000). El único ensayo clínico aleatorizado sobre NA también informó resultados positivos (Timko et al., 2006).

9.5 La calidad de los servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas

En todas las sociedades donde se ha estudiado el problema, la mala calidad de los servicios es una preocupación continua (Gossop, 1995; McLellan et al., 2003). Los problemas de calidad adoptan muchas formas: personal insuficiente, personal desmoralizado, personal incompetente, ignorancia de las pautas para la práctica, instalaciones físicas deterioradas, deficiente integración con los servicios médicos y desorganización burocrática. La mala calidad de los servicios parece causar resultados peores (Kraft et al., 1997; Prendergast et al., 2002). Los sistemas de medición del desempeño y de pago a veces son parte del problema ya que a menudo hacen hincapié en el número de pacientes asistidos y no en la calidad del servicio prestado.

Sin descartar estas preocupaciones por la calidad, deben ser puestas en el contexto pertinente. A los servicios sociales y de salud con frecuencia se les asignan prestigio y recursos según la posición social de sus clientes. Los usuarios de drogas ilegales son muy estigmatizados en la mayoría de las sociedades (Room, 2005a) y, por consiguiente, los servicios vinculados con las drogas a menudo reciben recursos mínimos y están sujetos a estándares elevados de desempeño (Reuter, 2001). Como argumentan McLellan y sus colegas (2000), esperar que los servicios para usuarios de drogas conviertan a todos o, incluso, a la mayoría de los usuarios en abstemios para toda la vida, impone un estándar de desempeño que va mucho más allá del normalmente usado para juzgar las intervenciones relacionadas con problemas crónicos de salud (y, podríamos agregar, mucho más allá de lo que se usa para justificar las políticas educativas, de justicia penal, militares y económicas del gobierno).

9.6 Conclusiones

El anexo incluido al final de este libro sintetiza los datos examinados en este y otros capítulos en relación con la efectividad, la cantidad de datos probatorios, los ensayos en varios países y otras consideraciones. Como se mencionó, la terapia de sustitución de opiáceos (TSO) se distingue de otras intervenciones por la cantidad de datos que corroboran sus beneficios. Las comunidades terapéuticas, la orientación para la dependencia de la marihuana y las intervenciones breves para problemas moderados de uso de drogas cuentan con el siguiente nivel más sólido de datos probatorios. El resto de las intervenciones varían mucho en cuanto a la fuerza de su base de datos probatorios.

En relación con la dependencia de opiáceos en particular, las intervenciones psicosociales tienen *relativamente* menos datos probatorios de su efectividad que otra opción de la política, la TSO, que ofrece servicios psicosociales en combinación con farmacoterapia. Los servicios psicosociales sin farmacoterapia podrían ser incluidos en un sistema para proporcionar atención a pacientes de los opiáceos que no toman o no pueden tomar medicamentos, pero un sistema que proporcione solo orientación u otros programas terapéuticos evidentemente generará lo que la mayoría de los observadores consideran resultados inferiores a los óptimos.

Por último, lo que se juzga efectivo también depende considerablemente de los objetivos deseados del sistema de servicios y sus componentes individuales. Un encargado de las políticas que se centre principalmente en prevenir la infección por el VIH, por ejemplo, probablemente consideraría “efectivo” un conjunto de intervenciones diferentes de las que preferiría un encargado de las políticas que básicamente quiere reducir el uso de drogas ilegales. En consecuencia, se deben interpretar los datos probatorios conforme a los objetivos de la política establecidos en diversos países mediante la votación, la negociación, la abogacía y otros procesos de determinación de las políticas públicas.

10. El control de la oferta

10.1 Introducción

Este capítulo se refiere a métodos de control de la oferta para combatir los problemas relacionados con las drogas, un conjunto de intervenciones dirigidas a la producción, la distribución y la venta de sustancias psicoactivas ilegales. Comenzamos explicando las distinciones entre la aplicación de la ley y el control de la oferta. Como el control de la oferta tradicionalmente se concentra en aplicar las leyes contra los productores y vendedores, la segunda sección presenta un marco analítico que vincula distintos tipos de aplicación de la ley con las diferentes etapas en la cadena de distribución de las drogas descritas en el capítulo 5. Organizamos luego el resto del capítulo según el nivel de la oferta al que está dirigida una intervención: la producción/refinamiento, el tráfico internacional, la aplicación de las leyes nacionales en el nivel más alto y la aplicación de las leyes a nivel del menudeo. La última sección presenta nuestra evaluación de lo que actualmente se sabe acerca de la efectividad de los distintos programas.

10.2 El control de la oferta en contraste con la aplicación de la ley

Los términos *control de la oferta* y *aplicación de la ley* a veces se usan como sinónimos, pero esto es erróneo. La aplicación de la ley puede aminorar los problemas causados por las drogas en cuatro formas diferentes. Reducir la oferta (es decir, disminuir la cantidad que los productores y distribuidores están dispuestos a suministrar a un determinado precio) es solo una forma, pero tal vez la más destacada. Las otras tres son reducir la demanda, afectar negativamente a la relación entre la oferta y la demanda y reducir los efectos nocivos del uso de drogas. Este capítulo se concentra en el control de la oferta. En el siguiente capítulo se analizarán programas orientados al usuario, incluyendo cómo la amenaza de sanciones mediante la aplicación de la ley podría afectar al uso de drogas.

Para apreciar estas distinciones, es importante emplear las definiciones económicas apropiadas de demanda y oferta, ya que a menudo se usan erróneamente estos términos. La demanda es la disposición de la población a adquirir drogas a un determinado precio. (El precio en este contexto significa el precio por unidad después de hacer ajustes para tener en cuenta la pureza.) Nótese que la demanda no es lo mismo que el consumo (es decir, la cantidad de drogas que realmente se usa). La curva de la demanda describe cuánto se consumiría con cada precio de una gama de precios diferentes; en términos matemáticos, es una función, no una cifra. La oferta es la relación entre el precio y la cantidad de droga que productores y distribuidores están dispuestos a proporcionar por ese precio. La cantidad consumida es determinada por la oferta y la demanda y se dice que el mercado está en equilibrio cuando el precio del mercado incentiva a los proveedores a suministrar la cantidad que los usuarios quieren adquirir por ese precio, de tal modo que no hay escasez ni acumulación excesiva de las drogas.

La aplicación de la ley puede afectar negativamente a la relación entre la oferta y la demanda al incrementar los “costos de búsqueda” para los usuarios de las drogas (es decir, el tiempo y el esfuerzo requeridos para obtener y consumir las drogas). Por ejemplo, las actividades efectuadas por oficiales de policías que simulan ser compradores con el fin de atrapar a los traficantes podrían volver a éstos reacios a vender a clientes que no conocen. Esta estrategia es muy atractiva en teoría porque promete aumentar el costo efectivo de adquirir drogas (lo cual debería reducir el uso de drogas) sin aumentar el costo en dólares pagado a los vendedores y, por lo tanto, los ingresos del mercado negro (Moore, 1973). Sin embargo, la distribución al menudeo de las drogas con frecuencia está integrada en redes sociales y aun cuando los tiempos de búsqueda en los mercados callejeros no dejan de tener importancia (Rocheleau y Boyum, 1994), la estrategia tal vez no sea viable para mercados establecidos cuando los compradores tienen múltiples fuentes alternativas (Riley et al., 1997; Caulkins, 1998).

La aplicación de la ley también puede reducir el daño asociado con vender y usar una determinada cantidad de drogas. A menudo se interpreta que esto implica evitar que se produzcan daños adicionales, por ejemplo, al no arrestar a individuos con sobredosis de heroína o al desempeñar una función auxiliar ayudando a quienes prestan tratamiento (Spooner et al., 2004). No obstante, también hay posibilidades de aplicar la ley con el propósito de reducir el daño (Weatherburn y Lind, 1999a, b; Caulkins, 2002), en particular al reducir manifestaciones externas del mercado como la violencia y el desorden. Esa aplicación de la ley incluye la vigilancia policial orientada a los problemas, el desbaratamiento de los mercados de armas de fuego (ya que proporcionan los instrumentos para actividades más letales en los mercados de drogas) y concentrarse en la violencia del mercado más que simplemente en la venta de drogas (Kennedy, 1997; Canty et al., 2000; Braga et al., 2001; Braga y Pierce, 2005).

La actividad prototípica de control de la oferta consiste en arrestar, enjuiciar y encarcelar a los proveedores de drogas. Sin embargo, así como hay dimensiones de la aplicación de la ley contra las drogas que van más allá del control de la oferta, hay otras dimensiones del control de la oferta además de la tradicional aplicación de la ley. Por ejemplo, las restricciones a los **precursores químicos** pueden en ciertos casos desbaratar suficientemente la oferta para reducir las hospitalizaciones y arrestos vinculados con las drogas (Cunningham y Liu, 2003, 2005; Dobkin y Nicosia, 2005) y programas bien realizados de vigilancia de las recetas de drogas pueden frenar la desviación de drogas de venta con receta como el **OxyContin** (US General Accounting Office, 2002). Del mismo modo, programas alternativos de desarrollo buscan controlar la oferta induciendo a los campesinos a producir cultivos distintos de la coca o el opio.

Las autoridades también pueden controlar la oferta ilegal promoviendo competidores que se apoderen del negocio de los proveedores existentes de drogas menos deseables. Esa promoción puede ser pasiva, como cuando las autoridades holandesas permiten a las cafeterías vender cannabis, o puede ser directa y activa, como en los casos en que el gobierno proporciona heroína por conducto de consultorios médicos, como se hace en Suiza y Alemania. En ambos casos, el objetivo es reducir la cantidad ofrecida en los mercados ilegales nocivos sustituyéndolos por otra fuente alternativa de oferta, legal o ilegal, pero menos perjudicial.

10.3 Marco conceptual

Antes se pensaba que la aplicación de la ley reduce el consumo de drogas al limitar físicamente la capacidad de la industria de las drogas ilegales de producir y distribuir drogas. Según esta ingenua idea, un kilo de drogas incautado equivale a un kilo de drogas no consumido; un vendedor removido del comercio de drogas es una persona menos que entrega drogas a los usuarios. De hecho, según la ley estadounidense, la estrategia nacional de control de las drogas debe incluir “una estimación de la reducción de la disponibilidad de drogas en comparación con un valor inicial definido, medida según las cantidades de cocaína, heroína, marihuana, metanfetaminas y otras drogas disponibles para el consumo en los Estados Unidos de América”.¹

Esta medida citada a menudo, el volumen de una droga disponible para el consumo, sugiere que el principal propósito del control en el país de origen es reducir el volumen de drogas disponibles para ser enviadas a su destino, mientras que la función de la interceptación es impedir que los embarques de drogas entren en el país, con lo cual se reduce la cantidad de drogas disponible para la distribución interna. A su vez, las incautaciones internas retiran del mercado un volumen adicional de drogas, mientras que los arrestos de traficantes y vendedores y la confiscación de sus existencias impiden que las drogas lleguen a los usuarios. El único estudio estadounidense importante que refleja esta perspectiva concluyó que la interceptación es muy efectiva porque el volumen de incautaciones por dólar gastado en la aplicación de la ley es mayor que el correspondiente a la aplicación de la ley en el ámbito interno (Godshaw et al., 1987).

Sin embargo, la idea de que la erradicación de cultivos, las incautaciones y los arrestos reducen directamente el consumo de drogas pasa por alto el hecho de que las drogas se venden y se compran en mercados (véase el capítulo 5) y que los actores involucrados responden a incentivos económicos. De hecho, la realidad económica de que las drogas son compradas y vendidas en mercados sustenta la separación de los programas en reducción de la demanda y reducción de la oferta. Las operaciones de aplicación de la ley crean riesgos para quienes participan en el comercio de drogas, como arrestos, encarcelamientos y la pérdida de drogas, dinero y bienes físicos. Los agricultores, los contrabandistas, los traficantes y los vendedores toman medidas para reducir el impacto de estos riesgos, como cultivar o despachar más drogas para compensar las pérdidas, o cambiar a métodos de contrabando o distribución menos vulnerables a la detección. Con el fin de compensar los costos de erradicación, incautaciones y arrestos y de exitosos esfuerzos por evitar la aplicación de la ley, los productores y distribuidores de drogas cobran precios más altos a los distribuidores y vendedores que están más abajo en la cadena de distribución. Esos precios más altos son luego trasladados a los consumidores, lo cual a su vez reduce el consumo de drogas.

La medida en que esto funciona en la práctica depende de dos factores: el grado en que diversas medidas de aplicación de la ley elevan los precios y la medida en que el consumo de drogas responde a las modificaciones del precio. Presentamos aquí un breve examen de las investigaciones sobre cada uno de esos factores y luego pasamos a un examen más detallado de cuánto puede el control de la oferta influir en la curva de la oferta.

¹ Anti-Drug Abuse Act of 1988, 21 U.S.C. §1705(b)(1)(E)(ii).

10.3.1 La elasticidad de la demanda

Si bien en algún momento se pensó que los usuarios de drogas no podían ajustar su consumo a los cambios del precio de las drogas porque estas eran adictivas, ahora hay un número considerable de investigaciones que muestran que los usuarios de drogas son en realidad sensibles al precio. En particular, una abundante bibliografía económica sobre el consumo de tabaco, que aborda una sustancia tan adictiva como la heroína, muestra que el consumo es muy sensible a las modificaciones del precio (véase Grossman, 2005). Una bibliografía más pequeña, pero todavía considerable, ha examinado la “elasticidad” de la demanda de drogas ilegales. El término elasticidad de la demanda se refiere a cuánto cambia (como porcentaje) el consumo de un artículo en respuesta a un aumento de 1% en el precio. Por ejemplo, si un aumento de 10% en el precio reduce el consumo en 5%, se dice que la elasticidad es de $-0,5$. Surge cierta confusión porque los economistas se refieren a artículos con una elasticidad inferior a 1,0, en valor absoluto, como artículos con una demanda “no elástica”. Por consiguiente, la demanda no elástica no implica que el consumo sea insensible a las modificaciones del precio; simplemente significa que las modificaciones del consumo son proporcionalmente menores que las modificaciones del precio.

La elasticidad de la demanda de las sustancias psicoactivas es la suma de dos componentes independientes: la respuesta de participación (la decisión de usar la sustancia) y la respuesta de intensidad (la cantidad que consume el usuario que continúa usando la sustancia). La medida en que la elasticidad de la demanda de una droga es determinada por el componente de respuesta de participación es de particular interés en el caso de los jóvenes, ya que esa decisión precede a la decisión sobre cuánto se consumirá. Los estudios que emplean encuestas de la población en general a veces estiman solo el componente de participación de la elasticidad de la demanda de las drogas porque es más fácil de medir. A la inversa, los estudios que se concentran en los usuarios actuales necesariamente pasan por alto el componente de participación de la elasticidad. No obstante, en general ambos componentes son importantes.

La elasticidad a largo plazo de la demanda (es decir, cuánto se modifica el consumo en un período de años en respuesta a una modificación permanente del precio) puede ser considerablemente más alta que la elasticidad a corto plazo porque toma tiempo para que las reducciones en la iniciación inducidas por el precio afecten a la población de usuarios, y porque es probable que tome cierto tiempo producir el cambio de comportamiento en los usuarios actuales comprometidos. Una analogía conocida sería la forma en que el consumo de gasolina responde a las sacudidas en el precio del petróleo. A corto plazo, las personas pueden conducir a menor velocidad y recortar viajes optativos, pero siguen yendo al trabajo en sus automóviles. A largo plazo, las personas tal vez prefieran vivir más cerca de su lugar de trabajo y el conjunto de automóviles que tragan gasolina puede ser reemplazado por autos más pequeños con un mejor rendimiento en cuanto a millas recorridas por galón de combustible. Del mismo modo, a corto plazo el conjunto existente de usuarios de drogas puede consumir menos, pero a largo plazo también puede cambiar la composición y el comportamiento del conjunto de usuarios.

La elasticidad estimada de la demanda varía según la droga, el tipo de usuario y el país, pero en casi todos los casos la cantidad de usuarios y/o la cantidad consumida disminuyen cuando aumentan los precios, a veces en forma considerable. La investigación abarca principalmente decenios recientes en

los Estados Unidos de América, pero hay algunos estudios de otros países (Australia, Noruega, el Reino Unido) y otras épocas (por ejemplo, el opio en las Indias Orientales holandesas a comienzos del siglo XX). La mayoría de los estudios emplean encuestas de la población en general que, como se examinó en capítulos anteriores, no tienen en cuenta una gran parte del mercado de drogas costosas que producen dependencia, como la cocaína y la heroína. Los datos sobre los precios a menudo son de calidad deficiente, lo cual debilita más los análisis, aunque la imprecisión en esa variable hace difícil detectar una relación entre el precio y el consumo, cuando existe. El hecho de que la mayoría de los estudios sí encuentran una sensibilidad a los precios es entonces una razón más imperiosa para investigar esto.

La marihuana

Pacula y sus colegas (2001) emplearon la encuesta entre alumnos del último año de escuelas secundarias estadounidenses, *Vigilar el Futuro*, efectuada durante los años 1986-1996 para analizar los efectos sobre la participación. Encontraron que, entre esos alumnos, la elasticidad de la participación era de alrededor de $-0,30$ (es decir, un 10% de aumento en el precio reduciría en -3% el número de alumnos del último año de secundaria que usaron la droga en un determinado año). Hay una gran variabilidad en el cálculo (entre $-0,06$ y $-0,47$), que depende de la especificación de la ecuación de estimación. En contraste, Cameron y Williams (2001) usaron datos de la encuesta australiana y encontraron una elasticidad mucho mayor de la participación en una población adulta más amplia ($-0,88$).

Ha existido un gran interés por establecer cómo la modificación del precio de una droga afecta al consumo de otras drogas. Si la restricción de la oferta de una droga aumenta el consumo de una segunda droga, esta segunda droga es llamada un “sustituto”, mientras que si disminuye el consumo de ambas drogas, estas reciben el nombre de “complementos”. En la medida en que las drogas son buenos sustitutos entre sí, el control de la oferta quizás tenga muy poco efecto sobre el consumo total de drogas aun cuando puede reducir la oferta de una droga. Los aficionados a la especulación podrían sugerir que las drogas son sustitutos a corto plazo, en particular para los usuarios dependientes de múltiples drogas, pero también complementos a largo plazo ya que las tasas altas de consumo de una droga pueden llevar a la dependencia y, por lo tanto, a un mayor uso de otras drogas en el futuro.

Es difícil calcular empíricamente la medida en que diversos pares de drogas son complementos o sustitutos y la investigación se ha concentrado en las relaciones entre la marihuana y alguna otra sustancia (por lo general el alcohol) porque los datos sobre el consumo de marihuana son comúnmente mejores que los datos sobre el uso de otras drogas. Desafortunadamente, aun con respecto a la marihuana los resultados empíricos no dan una respuesta clara que pudiera fundamentar la elaboración de políticas. Algunos estudios encuentran que el alcohol es un sustituto de la marihuana (por ejemplo, Chaloupka y Laixuthai, 1997), mientras que otros señalan que es un complemento (por ejemplo, Pacula, 1998). Saffer y Chaloupka (1999a) encuentran que existe complementariedad entre la marihuana y la cocaína.

La cocaína

Empleando datos sobre estudiantes del último año de escuelas secundarias estadounidenses entre los años 1977 y 1987, DiNardo (1993) no encontró ninguna respuesta del uso a las modificaciones de los precios de la cocaína. Estudios más recientes han encontrado considerables elasticidades de los

precios. Por ejemplo, Saffer y Chaloupka (1999a) calcularon una elasticidad entre $-0,30$ y $-0,57$ usando datos de la encuesta domiciliaria nacional sobre el uso indebido de drogas durante los años 1988-1991. En los jóvenes, Chaloupka y sus colegas (1999) estimaron una elasticidad de la participación en el año anterior de $-0,89$ y una elasticidad general de $-1,28$ cuando se incluyó la respuesta de intensidad, resultados similares a los obtenidos por Grossman y Chaloupka (1998) empleando un enfoque racional de la adicción (elasticidades de la participación que variaban entre $-0,45$ y $-1,28$). Williams y sus colaboradores (2006), usando datos sobre estudiantes universitarios estadounidenses, encontraron estimaciones de hasta $-0,57$, según la edad y el sexo.

La heroína

No está claro si la elasticidad del precio de la heroína es o no tan alta como la de la cocaína. Las encuestas en la población en general proporcionan pocos datos sobre la prevalencia del consumo de heroína y las estimaciones basadas en ellos serían algo inciertas. En consecuencia, los estudios de la elasticidad de la demanda de heroína por lo general emplean otros tipos de muestras o indicadores y, como resultado, a menudo no permiten estimar la elasticidad de la participación. Por ejemplo, Bretteville-Jensen (2006) empleó entrevistas con clientes de un programa de intercambio de agujas en Oslo entre los años 1993 y 2006 y, por lo tanto, sus estimaciones de la elasticidad ($-0,77$ para los usuarios, en comparación con $-0,33$ para los vendedores usuarios) se aplican solo a los usuarios de drogas inyectables. Asimismo, Dave (2006) examinó la reacción a los precios de la heroína y la cocaína que mostraban las consultas en servicios de urgencia de hospitales. En el caso de la heroína, encontró que la elasticidad de las consultas en los servicios de urgencia fue de solo $-0,10$. Dave (2008) encontró elasticidades a corto y a largo plazo de $-0,10$ y $-0,18$, respectivamente, en las personas arrestadas con resultados positivos en las pruebas de detección de la heroína.

Unos cuantos estudios calculan la reacción a los precios de la heroína y de otra droga usando los mismos datos y métodos. La mayoría encuentra una mayor sensibilidad a los precios de la cocaína (por ejemplo, Grossman, 2005; Dave, 2006, 2008). No obstante, Saffer y Chaloupk son una excepción y Bretteville-Jensen (2006) encontró una elasticidad mayor en la heroína que en las anfetaminas. Además, los cálculos de la elasticidad fueron más altos en el opio cuando estuvo legalmente reglamentado y, por consiguiente, se dispuso de mejores datos sobre su consumo (Van Ours, 1995; Liu et al., 1999).

En síntesis, se puede decir con cierta seguridad que la demanda de cocaína, heroína y marihuana es sensible a las modificaciones de los precios. La mayoría de los resultados muestran una sensibilidad moderada, pero la dependencia de datos de encuestas que sistemáticamente pasan por alto a los usuarios masivos y los elementos que crean confusión en los datos sobre los precios limitan la contundencia de los resultados. Además, parece que puede existir una considerable variación en la elasticidad de la demanda según las drogas y los tipos de usuarios.

10.3.2 Conmociones imprevistas en la oferta en contraste con el control permanente de la oferta

La aplicación de la ley puede afectar a la oferta en dos formas: rompiendo el equilibrio del mercado con medidas no previstas por los productores y vendedores de drogas y desplazando el equilibrio mediante actividades permanentes para imponer la ley, que los proveedores consideran un costo

aceptado de su negocio. Los modelos lógicos que sustentan estos dos mecanismos son diferentes. No reconocer esto al comparar análisis o conclusiones concernientes a los dos mecanismos puede llevar a una gran confusión, como sucedió cuando el Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos de América (Manski et al., 1999) comparó los resultados del análisis del desequilibrio efectuado por Crane y sus colaboradores (1997) con los modelos de Rydell y Everingham (1994) de los efectos a largo plazo de diversas intervenciones. Caulkins y sus colegas (2000) esclarecen esta cuestión.

Las intervenciones imprevistas (por ejemplo, cuando la policía desbarata la red Conexión Francesa de contrabando de drogas) pueden alterar el equilibrio de un mercado de drogas. Idealmente, la alteración adopta la forma de escasez física y el mercado nunca recupera el equilibrio anterior. Esto ha sido señalado en relación con drogas secundarias consumidas principalmente por usuarios de múltiples drogas y con el charas (hachís elaborado a mano a partir del extracto de la planta de cannabis) en la India durante la Segunda Guerra Mundial (United Nations, 1953) y la metedrina en el Reino Unido (De Alarcon, 1972), pero rara vez sucede en los mercados principales. La interrupción de la epidemia japonesa de anfetaminas posterior a la Segunda Guerra Mundial (Brill y Hirose, 1969) y la reciente “sequía” australiana de heroína, que se examinan más adelante, son posibles excepciones. Por lo general los proveedores se adaptan a la intervención cambiando sus tácticas y se restablece el equilibrio del mercado, si bien tal vez los precios ajustados según la pureza se eleven y el consumo disminuya en el ínterin (Crane et al., 1997; Cunningham y Liu, 2003, 2005).

La aplicación de la ley también puede desplazar, en lugar de romper, el equilibrio a largo plazo aun cuando los vendedores anticipen correctamente los riesgos de incautaciones y arrestos. Por ejemplo, si los contrabandistas saben que una cuarta parte de todos los embarques serán decomisados, responderán despachando más drogas y cobrando precios más altos por kilogramo entregado para cubrir el costo de las drogas incautadas. Como acabamos de examinar, los precios más altos llevan a un menor consumo. Una lógica similar se aplica a los otros riesgos para los proveedores que crea la aplicación de la ley. Si los pilotos de aviones pequeños saben que existe un 25% de riesgo de ser encarcelados, exigirán una compensación por viaje mayor que la que pedirían si fuera menor el riesgo de encarcelamiento.

Además de los riesgos y costos impuestos por el gobierno con las medidas de aplicación de la ley, los traficantes de drogas afrontan una segunda fuente de riesgos y costos: los que surgen de las acciones de otros delincuentes, en particular otros participantes en el mercado. Como el estado, estos participantes intentan apoderarse de las drogas y el dinero y a veces usan la violencia con ese fin; también pueden competir por los territorios, con lo cual crean otra fuente de violencia. Como el comercio de drogas funciona sin muchos registros escritos y a menudo involucra a adolescentes varones, tal vez no sorprenda que sean también frecuentes las disputas violentas por transacciones individuales.

Los costos habituales de producir y distribuir drogas son muy modestos, en particular en comparación con los frecuentemente muy altos precios de menudeo que alcanzan las drogas. En consecuencia, esos dos conjuntos de riesgos, los generados directa o indirectamente por las medidas de aplicación de la ley y los creados por otros proveedores, por lo general dominan los costos del negocio de los proveedores. El marco de “riesgos y precios” elaborado por Reuter y Kleiman (1986) postula que, en un equilibrio a largo plazo del mercado, los ingresos de los vendedores de drogas (es decir, el precio

por la cantidad vendida) deberían ser suficientemente altos para compensar todos los costos de los vendedores, incluidos no solo los costos tangibles (por ejemplo, de las balanzas usadas para pesar las drogas) sino también una compensación justa por los riesgos de encarcelamiento, lesiones y muerte. A causa de este acoplamiento entre costos e ingresos, se podría esperar que, cuando otras cosas no se modifican, aumenten los precios si los traficantes en general afrontan riesgos más altos generados por el estado o por otros participantes. Ha habido solo algunos esfuerzos por determinar si este modelo puede explicar el nivel de los precios (Reuter et al., 1990; Caulkins y Reuter, 1998) porque los datos exigidos por el modelo para propósitos empíricos son muy considerables.

Obsérvese que, en este marco, no son los riesgos en sí los que determinan los precios sino la valoración de esos riesgos en términos monetarios por los vendedores. Por consiguiente, los precios podrían cambiar con un nivel constante de aplicación de la ley. Por ejemplo, una población de vendedores de más edad, con condenas previas y pocas oportunidades en el mercado legítimo de trabajo, podrían requerir una cantidad menor de ganancias en dólares para aceptar la misma probabilidad anual de encarcelamiento o lesiones graves, en comparación con una población de traficantes más jóvenes, sin antecedentes penales y con una serie de otras oportunidades económicas.

Este capítulo se concentra en las consecuencias que surgen cuando el estado aplica políticas encaminadas a aumentar los riesgos para los traficantes de drogas. Sin embargo, los riesgos generados por otros participantes en el mercado pueden en sí mismos ser una función directa o indirecta de las medidas del estado. Por ejemplo, las medidas más rigurosas (que implican una mayor probabilidad de arresto o encarcelamiento) aumentan los incentivos para que un participante delate a otros. El temor a la delación proporciona incentivos para una mayor violencia disciplinaria y el mercado puede caracterizarse por un riesgo más alto de lesiones. Si la aplicación estricta de la ley está geográficamente localizada (por ejemplo, concentrada en unas cuantas esquinas de las calles), los vendedores de drogas desplazados pueden comenzar a competir violentamente con otros vendedores por los puestos de venta de drogas en vecindarios cercanos. Por último, las medidas estrictas de aplicación de la ley también generan riesgos al influir en quienes ingresan en el negocio del tráfico de drogas; quienes piden una compensación menor por un determinado riesgo de encarcelamiento quizás estén más dispuestos a usar la violencia para resolver disputas.

10.4 Programas de control de drogas

La lucha contra el tráfico de drogas no es una actividad única sino, más bien, un conjunto de programas. Los múltiples niveles de la cadena de distribución de las drogas se traducen en programas dirigidos a niveles específicos. Por ejemplo, el gobierno holandés combate a los traficantes de las Antillas Holandesas que envían cocaína a Europa (UNODC/World Bank, 2007), principalmente a través de Amsterdam (por aire) y Rotterdam (por mar). Por separado, impone prohibiciones contra el tráfico de cocaína dentro de los mismos Países Bajos. El primero de esos programas afecta al precio que los traficantes cobran por despachar cocaína desde la región productora (es decir, la diferencia entre el precio de exportación de la cocaína que sale de América del Sur y su precio al llegar a los Países Bajos). Toda influencia de los programas para combatir el tráfico dentro de los Países Bajos se manifestará en la diferencia entre el precio de importación y el precio interno de mayoreo. En cada caso, el resultado será un aumento del precio al menudeo de la cocaína. En el cuadro 10.1, se presenta una descripción

general esquemática de esto en relación con las drogas que se trafican en el plano internacional (no en particular en los Países Bajos). En el caso de las drogas producidas y consumidas en el mismo país, la interceptación en la zona de tránsito es improcedente. Los programas orientados a combatir la producción y la refinación todavía afectan al precio inicial de las ventas, pero este no es un precio de exportación.

10.4.1 El control en el país de origen

En el capítulo 5 se observó que, excepto por el cannabis y los **psicofármacos** desviados al mercado ilegal, la mayor parte de la producción de las drogas se concentra en unos cuantos países. Las fuentes de aprovisionamiento de cocaína y heroína en particular nunca han sido muy variadas. Bolivia, Colombia y Perú son los productores comerciales exclusivos de cocaína para el mercado mundial. Afganistán y Birmania son responsables de 90% de la producción mundial de opio y otros tres productores (Colombia, Laos y México) proveen la mayor parte del resto (UNODC, 2005).

La concentración de la producción en unos cuantos países no obedece a restricciones físicas u hortícolas; los arbustos de coca, las amapolas de opio y el cannabis son todos fáciles de cultivar en una serie de sitios. Quizás la mejor explicación de por qué la producción está tan concentrada es que es más fácil producir grandes cantidades de cultivos ilegales en sitios donde la autoridad del gobierno central es débil y, a su vez, la producción de cultivos ilegales socava la autoridad gubernamental. En consecuencia, un circuito de retroalimentación positiva facilita producir cultivos ilegales donde ya son comúnmente cultivados, pero los accidentes históricos más que nada determinan dónde se establece inicialmente el circuito de retroalimentación positiva.

La mayoría de las drogas ilegales consumidas en los países de todo el mundo son producidas en el extranjero e importadas. Algunos investigadores concluyen que los programas orientados a reducir la producción o la exportación en los países de origen pueden influir en los problemas de drogas en las naciones consumidoras. De hecho, los programas internacionales dirigidos a los cultivadores y refinadores atraen gran atención de los medios de difusión y los políticos. La confluencia de otros problemas de la política exterior, como el terrorismo, ha contribuido a volver prominentes estos programas, en particular en Colombia, donde las guerrillas que desafían al gobierno central dependen económicamente del cultivo de la coca, y en Afganistán, donde la producción de opio ha vuelto a los primeros puestos mundiales a pesar de la prohibición impuesta por el presidente Hamid Karzai.

Cuadro 10.1 Programas de control de las drogas y sus objetivos

Programa	Sector destinatario	Precio afectado
Erradicación, desarrollo alternativo, destrucción de refinерías, control de precursores químicos	Producción y refinación	Exportación
Interceptación	Contrabando	Importación menos exportación
Investigación policial	Tráfico interno de alto nivel	Mayoreo menos importación
Control del tráfico callejero	Venta al menudeo	Menudeo menos mayoreo

Hay cuatro tipos de programas que buscan reducir la producción en el país de origen: la erradicación de cultivos, el desarrollo alternativo, el control de precursores químicos y el control del tráfico interno. La erradicación, que abarca los rociamientos aéreos u operaciones terrestres, pretende literalmente limitar la cantidad de drogas disponibles para la exportación a partir de los cultivos actuales y disuadir a los agricultores de cultivarlos nuevamente en el futuro. El desarrollo alternativo es la versión menos coercitiva del segundo objetivo de la erradicación de cultivos; alienta a los agricultores que producen coca o amapola a cambiar a cultivos legítimos o industrias conexas aumentando las ganancias obtenidas con estas otras actividades. Las estrategias incluyen introducir cultivos nuevos y cepas más productivas de los cultivos tradicionales, mejorar el transporte para llevar los cultivos al mercado y poner en práctica diversos sistemas de comercialización y subsidios. Las políticas de control de precursores se refieren a las actividades de las naciones que han aplicado reglamentos estrictos a la venta y distribución de sustancias químicas usadas en la producción de heroína o metanfetaminas. Una forma final de control en el país de origen es que los países consumidores de drogas (por ejemplo, los Estados Unidos de América y gran parte de Europa) impulsen a los países de origen a perseguir con más energía a los traficantes y refinadores y proporcionen a estos países equipo y capacitación militares para esos propósitos.

Ninguno de estos programas recibe una proporción grande de los gastos en el control mundial de drogas (los presupuestos de la ONDCP (1997) muestran que representan una pequeña proporción, aun en los Estados Unidos de América). Esto refleja una combinación de su limitada efectividad y la “tragedia de los bienes comunes” debido al carácter internacional de los mercados de drogas: la inversión unilateral por un país consumidor rendiría beneficios compartidos por todas las naciones consumidoras de drogas. El único país que consume más de la cuarta parte de la producción mundial de una droga, la cocaína, es los Estados Unidos de América. No sorprende entonces que sea la única nación que invierte considerablemente en el control en el país de origen; en el año fiscal del año 2002, los Estados Unidos de América gastó US\$ 1.1 mil millones, dirigidos casi por completo a combatir la cocaína. Aun así, esa es ahora una proporción pequeña del gasto total estadounidense en el control de drogas en todos los niveles de gobierno, que suma aproximadamente US\$ 40 mil millones (Boyum y Reuter, 2005). Los gastos totales de los países europeos (en programas bilaterales y multilaterales) son probablemente muy inferiores. Las Naciones Unidas es el organismo más involucrado en el control en el país de origen y su Oficina contra la Droga y el Delito (UNODC) tuvo un presupuesto total para los años 2006 y 2007 de solo US\$ 283 millones.²

La mayor parte del dinero estadounidense se destinó a la Región Andina. México desempeña una función importante en el abastecimiento de drogas a los Estados Unidos de América, pero, por una cuestión de soberanía nacional, no ha estado dispuesto a permitir la operación de programas estadounidenses en su territorio. A fines del año 2007 se anunció que México podría aceptar un programa de apoyo financiero de los Estados Unidos de América (United States Department of State, 2008). Solo Colombia y México permiten la erradicación aérea; en otros países, la erradicación se efectúa a mano, a menudo por soldados. Algunos temen que los rociamientos causen un considerable daño al medio ambiente (véase, por ejemplo, Vargas, 2002, pero se expone una opinión contraria en Solomon et al.,

² Disponible en: www.unodc.org/unodc/en/donors/index.html (consultado el 6 de enero del año 2008).

2005). Los rociamientos también pueden provocar malestar político, ya que los blancos inmediatos, los campesinos, se cuentan entre los ciudadanos más pobres, aun cuando cultiven coca o amapola. A menudo también son grupos indígenas (por ejemplo, los Aymara en Bolivia y los Wa en Birmania) con antiguas reivindicaciones contra el gobierno central.

Los cálculos oficiales de las superficies erradicadas indican que el esfuerzo es muy intenso. Por ejemplo, el gobierno colombiano estima que, en el año 2000, el número de hectáreas de amapola de opio erradicadas fue de 2.500, de un total calculado de 9.000 hectáreas sembradas (Uribe, 2004). Los cálculos para los años 1999-2002 en Bolivia indicaron que la erradicación de coca fue de alrededor de 50% de la superficie total del cultivo (UNODC, 2005).

A pesar de estos esfuerzos considerables, casi no hay indicios de que la erradicación haya afectado a la oferta de heroína o cocaína para Europa, los Estados Unidos de América o algún otro país. Una rara historia de éxito fue la caída de la producción mexicana de opio a mediados de los años setenta, pero las circunstancias fueron pocas comunes. Una industria que había operado abiertamente en cinco estados norteros con grandes campos sin protección fue seriamente desbaratada cuando el gobierno comenzó los rociamientos de cultivos de drogas. Por alrededor de cinco años, hubo una considerable reducción de la disponibilidad de heroína en los Estados Unidos de América, en particular en regiones del oeste donde la provisión mexicana dominaba los mercados de heroína (Reuter y Ronfeldt, 1992). Posteriormente la producción se dispersó mucho más y se redujo el tamaño de los campos de cultivo, ocultos en lugares remotos. Para comienzos de los años ochenta, México estaba proveyendo tanta heroína como antes de los rociamientos.

Hay aun menos motivos para pensar que el desarrollo alternativo sea una forma efectiva de control del consumo de drogas, aunque tiende a tener una base más amplia de apoyo político en los países desarrollados que la erradicación de cultivos, tal vez porque proporciona servicios a agricultores marginados. De hecho, un argumento frecuente contra la erradicación y las actividades de control dirigidas contra los cultivadores es precisamente que dejan a una gran cantidad de personas pobres en una situación económica aun más difícil. Se discute mucho acerca de una secuencia de desarrollo alternativo y erradicación, donde el primero proporcione una base para la segunda (World Bank and Department for International Development, 2008). Sin embargo, a menos que los agricultores crean que el gobierno mantendrá su compromiso durante un período prolongado, no estarán dispuestos a incurrir en los gastos de cambiar a otros cultivos. En situaciones de inestabilidad política, comprensiblemente habrá escepticismo acerca de la capacidad de, por ejemplo, el gobierno boliviano para garantizar un mercado estable y una infraestructura confiable de transporte para la piña del Chapare. Además, para que las intervenciones en las zonas de origen influyan en el consumo posterior —y no simplemente en los resultados en esa zona productora particular— es preciso actuar con rapidez antes de que se pueda expandir la producción en otras regiones. El desarrollo alternativo de toda una región productora de droga no se logra fácilmente en una o dos temporadas de cultivo. Si bien hay algunos casos de programas bien ejecutados de sustitución de los cultivos locales, no parecen haber reducido la producción de drogas en ninguna región del mundo, ni mucho menos el consumo en los mercados situados más abajo en la cadena de distribución. Como se describe en el recuadro 10.1, Bolivia constituye tal vez el ejemplo actual más interesante de una intervención en gran escala en el país de origen.

Recuadro 10.1 Bolivia: un ejemplo de intervención en gran escala en el país de origen

En los últimos 15 años, los Estados Unidos de América ha invertido en la erradicación intensiva y el desarrollo alternativo. El gobierno boliviano, a partir del año 1997 con la elección del general Hugo Bánzer, estableció una gran fuerza militar en el Chapare para respaldar las actividades estadounidenses. El resultado fue una rápida y considerable declinación de la producción boliviana de coca, de 255 toneladas de posible cocaína en el año 1995 a 43 toneladas en el año 2001 (Gamarra, 2002). Durante este período aumentó la producción de coca en Colombia, con lo cual la producción total andina casi no se modificó (Internacional Narcotics Control Strategy Report, 2007). Las medidas enérgicas también condujeron a crecientes tensiones políticas y violentos choques entre la policía y los militares por un lado y los cocaleros por el otro, lo cual contribuyó a la renuncia del Presidente Sánchez de Lozada. Los dos bandos firmaron un acuerdo en octubre del año 2004 que permitió a cada familia de cocaleros cultivar con coca la sexta parte de una hectárea, producción aparentemente destinada al mercado legítimo; es casi seguro que toda esta producción iba al mercado ilegal de cocaína. La producción ilegal estimada también comenzó a aumentar. No obstante, también es probable que los aproximadamente US\$ 50 millones invertidos anualmente en programas de desarrollo en esa región de Bolivia hayan facilitado el ingreso de algunas familias de cocaleros en el sector legal. En diciembre del año 2005, la elección de Evo Morales, ex-líder cocalero, como presidente de Bolivia, reveló la gran hostilidad popular hacia la campaña inducida por los Estados Unidos de América, ya que en sus discursos electorales Morales hizo hincapié en su lucha contra la erradicación de la coca (Reuter y MacLean-Abaroa, 2008).

El control en el país de origen es a veces considerado sinónimo de programas relacionados con la producción de cultivos, pero los países de origen también son el lugar de la mayor parte de la producción de las drogas (incluida la conversión de los cultivos en productos químicos) y de la mayor concentración del mercado de traficantes. En consecuencia, la UNODC pone el acento en el aumento de la capacidad de aplicación de la ley junto con el desarrollo alternativo en los países de origen.³ Sus programas actuales abarcan desde el fortalecimiento de la capacidad de Irán de interceptar drogas tanto en la importación como en la exportación, el adiestramiento de perros para la detección en África meridional, el mejor intercambio de información entre países de Asia Sudoriental y el Caribe y el fortalecimiento del control de precursores químicos en Brasil y Colombia.

Los Estados Unidos de América también invierte en el fortalecimiento de la capacidad institucional para hacer frente al comercio de drogas. Cada año, el Departamento de Estado, en su *Informe sobre la Estrategia Internacional de Control de Estupefacientes*, argumenta que el problema central del control de las drogas en otros países es la ausencia de voluntad política e integridad (véase, por ejemplo, US Department of State, 2003, II-10). Las actividades para abordar este problema incluyen la capacitación de investigadores policiales, el fortalecimiento del poder judicial y el mejoramiento de los procedimientos de extradición. Desafortunadamente, tanto en Colombia como en México (las principales fuentes de drogas de origen extranjero que ingresan en los Estados Unidos de América), los problemas de corrupción han sido considerables, enclavados en un sistema más amplio de débil control de la

³ Disponible en http://www.unodc.org/unodc/en/drug_supply_reduction.html (consultado el 31 de enero del año 2006).

integridad. Por ejemplo, en México, cerca del fin del gobierno de un presidente reformista, Vicente Fox, el grado de violencia y corrupción relacionadas con las drogas seguía siendo tan alto que en la ciudad de Nuevo Laredo 305 de 765 oficiales de policía fueron despedidos y el nuevo jefe de policía fue asesinado a las pocas horas de ser designado (Carpenter, 2005).

Ha habido dos éxitos recientes en el recorte de la producción de heroína en importantes países de origen. En el año 2001, el gobierno talibán de Afganistán redujo la producción de opio en más de 90%, en comparación con el año anterior (véase el recuadro 10.2). En el período 1988-2003, el Ejército Unido Shan, un grupo irredentista de Myanmar, redujo en más de 75% la producción de opio en una importante región de cultivo de ese país (Transnational Institute, 2003). Como parte del proceso, el Ejército Unido Shan desplazó por la fuerza a las tribus montañosas que cultivaban opio hacia zonas más controladas cerca de la frontera con Tailandia. Los ejemplos de Myanmar y Afganistán son entonces casos de regímenes autoritarios que a toda costa reducen la protección de los cultivos de drogas en respuesta a la dinámica interna y la presión política externa.

10.4.2 La interceptación

La interceptación consiste en un conjunto de programas encaminados a combatir a los traficantes internacionales de drogas en la frontera y en la llamada “zona de tránsito” entre la exportación y la llegada a un país que constituye el mercado final. Si bien las ventas al menudeo de drogas ilegales en naciones ricas generan decenas de miles de millones de dólares (tal vez US\$ 100 a 150 mil millones a nivel mundial), la masa física y los volúmenes de drogas transportados son pequeños. Incluyendo lo que se incauta en las fronteras y en el interior, se estima que las importaciones mundiales ascienden a 400 toneladas de heroína y a 500 toneladas de cocaína. (En consecuencia, se requerirían únicamente seis Boeing 747-8s para contener el cargamento anual total de drogas del mundo).

Las drogas viajan en todo medio concebible de transporte. Los cargamentos de heroína de Tayikistán a Rusia pueden estar ocultos entre productos agrícolas; la cocaína de Colombia ha sido enviada a los Estados Unidos de América oculta en muebles de madera y en contenedores con pulpa congelada de frutas. Algunas drogas son transportadas por “mulas” que tragan hasta 750 gramos de cocaína o heroína empacados dentro de condones.

Recuadro 10.2 La disminución efectuada por los talibanes

En julio del año 2000, el régimen talibán anunció por tercera vez la prohibición del cultivo de la amapola de opio, basada en su interpretación de las enseñanzas del Corán. Si bien inicialmente fue recibida con escepticismo (en parte porque no incluía el tráfico o la refinación), la prohibición cumplió su objetivo. La superficie de opio en Afganistán disminuyó en forma espectacular a menos de 10% de la sembrada en el año 2000. Los talibanes usaron su reputación de aplicación estricta de la ley y la promesa de ayuda externa a los agricultores afectados para conseguir la observancia de la ley con relativamente poco castigo de los transgresores. La producción mundial total de opio cayó de 4.690 toneladas en el año 2000 a solo 1.600 toneladas en el año 2001, una reducción de 65%. En el año 2002, después del derrocamiento del régimen talibán, se reanudó la siembra, que alcanzó niveles casi máximos.

Recuadro 10.2 (continuación)

La respuesta a la prohibición no ha sido analizada con mucho detalle. Los precios del opio y la heroína en Afganistán y sus vecinos más próximos subieron en los 12 meses posteriores a la prohibición, pero las incautaciones en esos países se redujeron solo 40%, indicando la existencia de grandes cantidades de la droga. En los años 2002 y 2003, hubo signos de escasez modesta en mercados de Europa Occidental. No obstante, sigue siendo objeto de especulaciones si la prohibición podría haber sido mantenida por más de un año y si esto hubiera llevado a reducciones considerables en el consumo mundial de opiáceos, o a desplazamientos del lugar de producción.

Dado el enorme volumen de tránsito y comercio legítimos a través de las fronteras internacionales, no es difícil ocultar unas cuantas toneladas de drogas. De hecho, es notable que las autoridades decomisen una proporción tan grande de la producción de cocaína, tal vez 40% o más del sistema total de producción, transporte internacional y distribución interna. Las tasas de incautación de heroína tradicionalmente fueron más bajas y solo llegaron a la cifra habitual de 10% que la ortodoxia ha consagrado como el porcentaje por lo general decomisado por los organismos de lucha contra las drogas después del año 1995 (UNODC, 2005).

Muchos países tienen unidades especializadas para la interceptación, por lo general situadas dentro del servicio de aduanas. Por ejemplo, en el Reino Unido el Servicio de Administración e Impuestos de Su Majestad (HMCE, que desde el año 2005 forma parte del Servicio de Ingresos y Aduanas de Su Majestad) informa cada año sobre el total de incautaciones, algunas generadas por la búsqueda al azar, pero una creciente cantidad de ellas gracias a la investigación policial orientada a los servicios de información.⁴

Los Estados Unidos de América es quizás la nación con medidas de interceptación más enérgicas y adopta un método de “defensa en profundidad” para la interceptación en la “zona de tránsito” a través de la cual viajan las drogas, no solo en las fronteras. Los Estados Unidos de América, junto con el Reino Unido y los Países Bajos, sitúan instalaciones navales y aeronáuticas cerca de las regiones exportadoras de América Latina y el Caribe. Los Estados Unidos de América tiene también un número considerable de personal de la Dirección de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) en muchas embajadas en todo el mundo. La interceptación fue el principal programa federal estadounidense de control de las drogas a mediados de los años ochenta, cuando representaba 28% de los gastos federales en el control de drogas (ONDCP, 1997). Otras actividades de interceptación se realizan en colaboración entre organismos de lucha contra las drogas en países consumidores, productores y de trasbordo. Por ejemplo, algunos piensan que la “sequía” de heroína en Australia (véase el recuadro 10.3) fue precipitada en parte por actividades que la Policía Federal australiana y la Real Policía Montada de Canadá realizaron en Tailandia y otras partes de Asia Sudoriental (Hawley, 2002; Australian Crime Commission, 2003).

La UNODC realiza el seguimiento de las incautaciones de cocaína y heroína en su informe anual *Global Illicit Drug Trends*. En los últimos años, el total de incautaciones de opiáceos (principalmente heroína,

⁴ Para una información reciente acerca del desempeño y los objetivos del HMCE con respecto a la interceptación de drogas, véase http://www.hm-treasury.gov.uk/performance/targets/perf_target_90.cfm (consultado el 29 de enero del año 2006).

pero también morfina y opio) se ha elevado más allá del 10% tradicional y en el año 2000 llegó a un récord de 100 toneladas de heroína o su equivalente, que representan alrededor de 20% de la producción mundial de opiáceos. Las incautaciones grandes de opiáceos son hechas básicamente por países vecinos de Afganistán y Birmania. Irán, por ejemplo, sistemáticamente informa las cifras más altas de incautaciones, incluida una cantidad sorprendentemente grande de morfina (UNODC, 2005). En relación con la cocaína, el total de incautaciones en los últimos años ha permanecido estable en alrededor de 350 toneladas, que representan alrededor de 45% de la producción estimada. A Colombia y los Estados Unidos de América corresponde la mayoría de las incautaciones de cocaína. Estas cifras son cálculos aproximados. La notificación de las incautaciones es errática y dudosa en algunos países, en particular en aquellos donde hay corrupción en los funcionarios encargados del control de drogas, mientras que las estimaciones de la producción en sí adolecen de considerables deficiencias técnicas (Walsh, 2004). No obstante, parece razonable afirmar que es incautada una proporción sustancial y creciente de la producción de heroína y cocaína.

Recuadro 10.3 La “sequía” australiana de heroína

La “sequía” australiana de heroína merece especial atención después del análisis de la interceptación y las medidas de control de drogas a nivel interno por dos razones. En primer lugar, se destaca como una alteración singularmente grande del mercado. No está claro que algún mercado considerable de drogas ilegales haya sido perturbado en la época moderna de manera tan espectacular (las sobredosis disminuyeron en ~ 80%) y tan sostenida. En segundo lugar, si bien es muy probable que la sequía se originó en una perturbación de la oferta, no está claro la medida en que la sequía fue desencadenada por acontecimientos internacionales, en contraste con las medidas australianas de control de alto nivel (Degenhardt et al., 2005b).

Como antecedente, señalaremos que Australia tiene un importante problema de heroína, tan grave en términos relativos como el de cualquier otra nación occidental (Hall et al., 2000b); el cálculo previo a la sequía de entre 67.000 y 92.000 usuarios dependientes representaba una tasa de 4 por mil habitantes, comparable con la cifra de 3 por mil en los Estados Unidos de América (ONDCP, 2001b), el Reino Unido (Millar et al., 2006) y Suiza (Nordt y Stohler, 2006). La adicción a la heroína existe principalmente en las dos ciudades más grandes, Sydney y Melbourne, que albergan a casi la mitad de la población australiana. Los grupos de adictos a la heroína son allí lo suficientemente grandes para que esas ciudades tengan mercados maduros y eficientes.

Alrededor de la Navidad del año 2000, hubo una súbita e imprevista escasez de heroína en ambas ciudades. La pureza decayó y los precios en la calle se elevaron en el lapso de tres meses (véase en Moore et al. (2005) un análisis detallado de los datos correspondientes a Melbourne). Si bien hubo cierto repunte de la pureza, en los tres años siguientes los precios por gramo puro de heroína permanecieron más altos y la pureza siguió siendo inferior en comparación con los anteriores al año 2000. El mercado indiscutiblemente había alcanzado un nuevo equilibrio.

Es evidente que este cambio no fue causado por un desplazamiento de la demanda, como un súbito aumento de la demanda o la menor disponibilidad o eficacia de los servicios para los usuarios de drogas. Fue un desplazamiento lateral de la oferta. Degenhardt y sus colegas (2005b), después de

Recuadro 10.3 (continuación)

de opio en Afganistán, el clima en Birmania), concluyen que la súbita escasez fue básicamente considerar una amplia gama de posibles explicaciones (por ejemplo, la prohibición de la producción resultado de una intervención o intervenciones dirigidas contra las conexiones entre las zonas productoras de heroína de Asia Sudoriental (el “Triángulo de Oro”), origen de la heroína australiana, y Australia.

La explicación mediante la eliminación de alternativas es en general una estrategia analítica complicada, particularmente en este caso a causa de la falta de claridad acerca de la intervención que podría haber producido el efecto. La Policía Federal australiana se había embarcado en una estrategia explícita de eliminación de los traficantes clave que exportaban grandes cantidades desde países de Asia Sudoriental, y había conseguido una serie de éxitos notables (Hawley, 2002). La carencia de incautaciones muy grandes en años más recientes indica que el contrabando se ha desplazado a embarques más pequeños (tal vez menos costo-efectivos).

Lo importante para estos propósitos es que las medidas de control de la oferta podrían tener un efecto considerable y perdurable en la oferta de drogas destinadas a un mercado importante. Antes de la sequía australiana, había notablemente pocos datos positivos sobre las medidas de control, en particular las dirigidas a los niveles más altos del mercado.

La interceptación implica una serie interminable de adaptaciones por parte de los contrabandistas y también de los organismos de fiscalización. Hay modificaciones en gran escala de las rutas, los medios de transporte y las técnicas para ocultar las drogas. Por ejemplo, a comienzos de los años ochenta mucha cocaína entraba a los Estados Unidos de América a través de Florida, pero una actividad temprana de interceptación durante el gobierno de Reagan, dirigida por el entonces vicepresidente George H. W. Bush, empujó a los traficantes hacia el Caribe y México. Se dice que México ha seguido siendo la principal ruta en el primer decenio de este siglo, pero hay ciertos indicios de un renovado contrabando a través del Caribe (UNODC, 2003b). En Europa, que tiene tasas más altas de incautación de heroína, también hay datos que indican cambios frecuentes en las rutas del contrabando, algunos de los cuales reflejan modificaciones de la estabilidad política. Las guerras generadas por la desintegración de Yugoslavia y la inestabilidad de Albania han aumentado la importancia de la ruta de los Balcanes después de la era soviética.

Las modalidades también cambian. En Asia Central, desde alrededor del año 2000 ha habido un cambio del transporte por “mulas” (personas que transportan la droga oculta en sus cuerpos) al empleo de cargamentos para ocultar la heroína contrabandeada hacia Rusia. En los años ochenta, una gran proporción de la cocaína de los Estados Unidos de América era ingresada por aviones privados, que generalmente transportaban entre 250 y 500 kg en cada viaje (Reuter et al., 1988). Para comienzos de los años noventa, los contrabandistas habían pasado a entremezclar sus cargas con productos del comercio legítimo, en especial en camiones que cruzan la frontera entre México y los Estados Unidos de América, método que se piensa que se ha vuelto más frecuente después del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN).

De vez en cuando aparecen innovaciones tecnológicas. Por ejemplo, máquinas que pueden escanear contenedores desde el exterior e identificar drogas ocultas en ellos fueron creadas y distribuidas desde mediados de los años noventa. No hay forma de determinar cómo esas innovaciones afectan individualmente al comercio de drogas.

El Instituto para el Análisis de la Defensa elaboró un estudio (Crane et al., 1997) más tarde ampliado por Anthony y Fries (2004) que indica que los aumentos súbitos de la interceptación de cocaína pueden producir alzas de los precios al menudeo ajustados según la pureza. No hay otros estudios de los efectos desequilibrantes de la interceptación y la metodología del estudio original fue severamente criticada por el Consejo Nacional de Investigaciones (Manki et al., 2001).

Los efectos sobre el equilibrio dan lugar a un importante conjunto de observaciones. Bogotá está a aproximadamente 1.500 millas de Miami; Miami está a alrededor de 2.700 millas de Seattle. Sin embargo, la diferencia entre los precios de mayoreo de la cocaína en Miami y Seattle (< 20%, o US\$5.000 por kg) es muy pequeña en comparación con el aumento diez veces mayor (de ~ US\$1.500 a US\$15.000) entre los precios en Bogotá y en Miami. La interceptación evidentemente impone costos altos al contrabando de cocaína y esos costos tienen un efecto considerable en el precio de importación de la cocaína en los Estados Unidos de América. Aún a través de fronteras evidentemente porosas, los incrementos de los precios a menudo son muy grandes. Por ejemplo, los precios de mayoreo de la heroína se duplican entre Afganistán y Quetta, en Pakistán (UNODC, 2003a).

Las fronteras internacionales son sitios donde el gobierno tiene una excepcional autoridad para registrar e inspeccionar. Son más peligrosas para los contrabandistas que cualquier otro lugar, pero eso no significa necesariamente que la interceptación sea una medida particularmente efectiva para reducir el consumo de drogas. La cuestión clave es cómo los cambios en los precios de importación afectan a los precios de menudeo. Supongamos que un kilogramo de heroína se vende por US\$50.000 al ser importada la droga en Bristol y a US\$250.000 por kg cuando se vende en unidades de menudeo de 200 miligramos en Edimburgo. Imaginemos ahora que una interceptación más efectiva eleva el precio de importación en 50%, a US\$75.000. ¿Cómo afectaría esto al precio de menudeo de la heroína en Edimburgo?

Esta pregunta es fundamental porque la respuesta determina el valor último de la intensificación de las actividades de interceptación. Una teoría de las relaciones verticales de los precios, que Caulkins (1990) ha llamado el “modelo aditivo”, argumenta que el precio de importación es en esencia un costo de la materia prima (Reuter y Reliman, 1986). En consecuencia, el mayorista que anteriormente compró heroína a US\$50.000 y ahora paga US\$75.000, ha tenido un aumento de alrededor de US\$25.000 agregado a los costos por kilo. El aumento real de los costos será algo superior a US\$25.000 por kilo; debido a las incautaciones, los robos y otras pérdidas los mayoristas tienen que comprar más de un kilo de droga por cada kilo que venden.

En un mercado competitivo, el mayorista sencillamente traslada estos aumentos de los costos a la siguiente etapa de la cadena de distribución. El comprador en esta etapa afrontará entonces un aumento de alrededor de US\$25.000 en los costos, que será trasladado al siguiente nivel del mercado.

Por último, el aumento en los costos de aproximadamente US\$25.000 llega a los consumidores y el resultado final es que el precio de menudeo de la heroína aumenta en US\$25 por gramo (o un poco más, cuando se incluyen todas las pérdidas e incautaciones en la cadena de distribución), que representa alrededor de 10% del precio inicial de menudeo. Al hacer este ejercicio en relación con la cocaína y la marihuana importada en los Estados Unidos de América, Reuter y sus colegas (1988) proyectaron, sobre la base de ciertos supuestos razonables, pero no comprobados empíricamente, que una duplicación del precio de importación da como resultado solo un 19% o 20% de aumento del precio de menudeo. Dicho de otra forma, se requeriría quintuplicar los precios de importación para producir una duplicación de los precios de menudeo.

En los pocos análisis empíricos de la interceptación, la mayoría de los investigadores han adoptado el modelo aditivo. Como los costos de reposición de la cocaína y la heroína incautadas son una fracción pequeña de su precio final al menudeo —tan pequeña como 1% en los países de origen y por lo general no más de 2% en el punto de entrada en el país que constituye el mercado final— estos análisis han concluido que la contribución potencial de la interceptación a la reducción del uso indebido de drogas es pequeña, o al menos que no es costo-efectiva en comparación con las medidas internas de control y tratamiento (Rydell y Everingham, 1994).

Si bien el modelo aditivo es convincente desde el punto de vista conceptual, algunos expertos han señalado que no se ajusta muy bien a algunos datos históricos sobre los precios obtenidos en el extremo inferior de la cadena de distribución (véase Boyum (1992) y Caulkins (1990)). De hecho, algunos datos históricos sobre los precios parecen concordar más con lo que Caulkins ha llamado el “modelo multiplicativo” de las relaciones verticales de los precios, que sostiene que un cambio de cierto porcentaje del precio en una etapa de la producción o la distribución genera un cambio porcentual similar en las etapas posteriores. La idea que fundamenta el modelo multiplicativo es que muchos de los costos en el comercio de drogas se relacionan más estrechamente con el valor de las drogas compradas y vendidas que con la cantidad traficada. Por consiguiente, el modelo multiplicativo predice que, si el precio de importación de la heroína aumenta 50%, de US\$50.000 a US\$75.000, los precios de menudeo también aumentarán 50%, de US\$250.000 a US\$375.000, lo que conduce a una evaluación mucho más favorable de la interceptación.

Los precios de la cocaína en los años ochenta y comienzos de los noventa mostraron una relación multiplicativa notablemente coherente entre los precios de mayoreo y los de menudeo (Caulkins, 1990, 1994). Del mismo modo, Rhodes y sus colegas (1994), Crane y sus colaboradores (1997) y DeSimone (1998) apoyan el modelo multiplicativo. Sin embargo, los datos que indicaban la existencia de un modelo multiplicativo estaban lejos de ser concluyentes (DeSimone, 2006). Excepto durante períodos ocasionales de escasez, los precios sistemáticamente bajaron durante este período y, por lo tanto, es posible que los factores que causaron la declinación operaran en todos los niveles del mercado. En otras palabras, puede ser que las disminuciones de los precios de menudeo no fueran causadas por la declinación de los precios de importación sino que tanto en los precios de importación como en los de menudeo influyeran otros factores. Por ejemplo, el crecimiento de la industria de la cocaína en el plano internacional y la aparición de mercados internos de crack pueden haber creado economías de escala que redujeron los costos de las operaciones de mayoreo y menudeo.

En síntesis, la naturaleza de las relaciones verticales de los precios en los mercados de drogas es un enigma que aún no ha sido develado. La respuesta puede residir en algo situado entre los modelos aditivo y multiplicativo. De hecho, Boyum (1993) y Caulkins (1990) han especulado que el modelo multiplicativo puede ser válido cuando el precio unitario de las drogas es muy alto (por ejemplo, en las transacciones al menudeo de cocaína y heroína en los Estados Unidos de la América y Europa), pero que el modelo aditivo tal vez se aplique cuando los precios son menos extremos (por ejemplo, en las transacciones de más alto nivel y de mayoreo). El análisis de Pietschmann (2004) de datos sobre los precios de la heroína en el hemisferio oriental concuerda con ese modelo mixto.

La interceptación impone costos considerables a los traficantes de drogas. Los precios de importación son mucho más altos de lo que serían si no se vigilaran las fronteras. Lo que es incierto, además del vínculo entre el precio de importación y el de menudeo, es si aumentos o disminuciones importantes en el presupuesto para interceptación tienen un efecto algo más que insignificante sobre los precios de importación. Puede ser que una reducción de 50% en los fondos para interceptación no tuviera consecuencias porque el resto de las actividades de interceptación serían suficientes para instar a los traficantes a adoptar medidas de evasión más costosas. Tampoco está claro si los actuales incrementos importantes de los precios en las fronteras nacionales pueden ser sostenidos a largo plazo dada la creciente globalización del comercio (Stares, 1996; Storti y De Grauwe, 2009).

10.4.3 Medidas de control interno de alto nivel

Todos los países hacen hincapié en la importancia de arrestar y castigar a quienes obtienen los más grandes ingresos con el comercio de las drogas: los traficantes más poderosos. Esto se considera una cuestión tanto de justicia (quienes más se benefician deben ser castigados) como de eficiencia, ya que se juzga que esos casos tienen los más grandes efectos sobre el precio y la disponibilidad por dólar gastado en el control de las drogas (Caulkins et al., 1997). Sin embargo, como los principales traficantes invierten mucho en protegerse contra la aplicación de la ley, las investigaciones policiales son prolongadas y costosas y no todos los países tienen capacidad para realizar la vigilancia electrónica y las investigaciones encubiertas normalmente necesarias para llegar a los traficantes más poderosos.

Las investigaciones policiales de alto nivel también imponen costos a los proveedores de drogas mediante la incautación de drogas y otros bienes. Esos costos pueden ser considerados como un impuesto modesto a los niveles más altos del negocio. El Reino Unido informó en el año 2003 un total de incautaciones relacionadas con las drogas por valor de 81 millones de libras (conforme a la Ley sobre Productos del Delito), cifra muy pequeña en comparación con los 5.000 millones de libras estimados para las ventas al menudeo de drogas en el país (Singleton et al., 2004). Aun en los Estados Unidos de América, con una enérgica actividad en gran escala para decomisar bienes, el total anual de incautaciones ha sido inferior a US\$ 1.000 millones, en contraste con las ventas estimadas por un total de alrededor de US\$ 60 mil millones.

Es particularmente difícil evaluar los efectos del control de alto nivel porque no se pueden medir bien los insumos ni los productos. Por ejemplo, ningún estudio calcula cuánto riesgo se impone a los traficantes de alto nivel y ese sería realmente un elemento interesante de estimar. El riesgo de encarcelamiento en los Estados Unidos de América es probablemente menor para los vendedores al

menudeo que para los de mayoreo, pero una tasa menor aplicada a cantidades mucho más grandes todavía implica que la mayoría de los encarcelados no son traficantes de alto nivel (Seigny y Caulkins, 2004). Además, el mayor riesgo entre los vendedores que están por encima del nivel de menudeo puede afectar a los vendedores al mayoreo de bajo nivel, no a los de alto nivel. Cuestiones similares se observan en otros países, como Australia, que tiene una tasa general mucho más baja de encarcelamiento para los transgresores de las leyes contra las drogas (Green y Purnell, 1996).

La proporción del precio de menudeo de la cocaína y la heroína que corresponde a los traficantes de alto nivel es grande en comparación con los costos de producción, pero pequeña en relación con el valor agregado en los niveles más bajos de menudeo. Por ejemplo, en el Reino Unido, la heroína se vende a £ 20.000 por kg cuando entra al país y a £ 32.000 cuando llega al nivel más bajo de mayoreo (~ 1 onza o 30 g) y a £ 70.000 a nivel de menudeo (Matriz Knowledge Groupn, 2007). Que se pueda aumentar el margen de mayoreo de manera costo-efectiva al combatir a los traficantes de alto nivel es una cuestión de impresión más que un hecho comprobado. Como los costos para los contribuyentes de los arrestos y juicios son modestos en comparación con el costo de un encarcelamiento prolongado, vale la pena invertir más en la investigación policial si esa inversión contribuye a concentrarse en penas de cárcel costosas para los traficantes cuyo encarcelamiento es más valioso (Caulkins et al., 1997).

10.4.4 Control del menudeo

En términos presupuestarios, la mayor parte del control está dirigido a los mercados de menudeo sencillamente porque el carácter piramidal de la distribución de las drogas implica que la gran mayoría de los participantes en el negocio de las drogas operan en el sector de menudeo (véase el capítulo 5). La venta de drogas al menudeo varía notablemente según las drogas, los lugares y las épocas en formas que son fundamentales para la naturaleza, la conveniencia y la efectividad del control del menudeo. La primera distinción crucial es si la venta al menudeo se efectúa de manera encubierta o flagrante. Los vendedores encubiertos sobreviven al control porque son difíciles de ver, lo cual también limita su visibilidad para los clientes y la irritación que causan a los vecinos. Los vendedores flagrantes son como cardúmenes o manadas de antílopes: los depredadores (los agentes de control) saben dónde encontrarlos, pero son tan numerosos que el riesgo individual para cada uno de ellos es moderado. La venta flagrante normalmente aumenta la disponibilidad de drogas y el perjuicio para los vecinos más que la venta encubierta (Kleiman, 1988).

Los mercados pueden cambiar de una a otra forma de venta. Con mucha frecuencia nos enteramos de que han surgido mercados callejeros flagrantes donde anteriormente no había ninguno, pero también es posible la situación inversa. Algunos mercados callejeros australianos desaparecieron durante la sequía de heroína. Las actividades de control en la ciudad de Nueva York obligaron a muchos vendedores al menudeo en las calles a recurrir a las ventas por medio de un localizador u otras formas encubiertas de operación. Otras ciudades estadounidenses han tenido experiencias similares (Johnson, 2003). Sin embargo, la estabilidad de ambos tipos de mercado es la norma. Los mercados callejeros sólidos pueden parecer insensibles a cantidades de arrestos muy grandes porque los vendedores al menudeo pueden ser reemplazados fácilmente (Kleiman, 1997a). Asimismo, si un mercado es totalmente encubierto y un solo vendedor intenta cambiar a la venta flagrante, ese vendedor no conformista afronta el riesgo de un pronto arresto.

En consecuencia, cuando enfrenta mercados flagrantes, el control puede ser extraordinariamente eficiente en términos de resultados del proceso, pero extraordinariamente ineficaz en términos de los resultados finales. Una receta estándar en esas circunstancias es hacer una elección consciente de una de dos estrategias. La primera estrategia (erradicación o medidas enérgicas) aplica una fuerza abrumadora en un intento de volver el mercado a una forma encubierta, pero el mercado resurgirá si el esfuerzo se realiza sin mucho entusiasmo. La segunda estrategia (contención) trata de controlar los efectos concentrando las actividades de lucha en los vendedores más destructivos y proporcionando un incentivo para que los usuarios cesen o reduzcan el uso de drogas, con o sin la ayuda de profesionales (Weatherburn y Lind, 1999a, 1999b). Por ejemplo, la policía puede pasar por alto la distribución de cannabis para concentrarse en los vendedores de “drogas duras”.

Al enfrentar la venta encubierta, los oficiales que velan por el cumplimiento de la ley pueden sentirse tentados a no hacer nada porque es difícil encontrar a esos vendedores y por lo general es mínima la presión de los vecinos para que hagan arrestos. Un grado modesto de control puede sin embargo ser una inversión a largo plazo más inteligente que no hacer nada, en particular cuando el mercado está creciendo porque es mucho más fácil evitar que se desarrolle un mercado flagrante que convertir en subterráneo uno ya existente (Kleiman, 2009).

Otra distinción útil entre los mercados se vincula con el hecho de que en el país exista o no un alto grado de violencia, en particular la relacionada con las armas de fuego. Como se señaló en el capítulo 5, la venta flagrante en ausencia de armas de fuego es una molestia; la venta flagrante en un país violento como Brasil o los Estados Unidos de América puede desencadenar olas de violencia homicida, con las consiguientes repercusiones en la vitalidad económica de los vecindarios próximos (véase, por ejemplo, Mingardi, 2001). Por lo tanto, la disposición a tolerar mercados flagrantes y los objetivos específicos de reducir los daños que tiene una estrategia de contención podrían diferir en Europa y los Estados Unidos de América. En un país de escasa violencia que afronta el uso de drogas inyectables proporcionadas por un mercado callejero abierto, las medidas muy enérgicas podrían hacer más mal que bien (véase Maher y Dixon, 2001; Kerr et al., 2005; Friedman et al., 2006). Esa pasividad relativa podría ser mucho menos atractiva cuando hay violentos mercados callejeros de crack.

El control del menudeo depende mucho del carácter del mercado particular de droga y esto complica los esfuerzos por formular juicios sumarios acerca de su eficacia. Otro impedimento es la escasez de investigaciones empíricas sobre la efectividad del control del menudeo y la concentración de los estudios en los Estados Unidos de América (Scott, 2003; Mazerolle et al., 2006). No obstante, con algunas excepciones (por ejemplo, Weatherburn y Lind, 1997), la literatura internacional no es en general más optimista acerca del potencial del control del menudeo para reducir el consumo de drogas (véase Edmunds et al., 1996; Best et al., 2001b; Word et al., 2004; Kerr et al., 2005). De hecho, una revisión reciente de las medidas policiales enérgicas, una de las tácticas locales de control de las drogas más populares, ni siquiera describió la disminución del uso de drogas como un resultado esperado; más bien, los objetivos eran básicamente reducir los delitos y la alteración del orden (Scout, 2003).

10.5 Las condenas

Hemos puesto énfasis en las actividades encaminadas a aprehender a los traficantes y vendedores y decomisar sus bienes y drogas. Subsiste la pregunta de qué se hace con los transgresores una vez que son arrestados. En el cuadro 10.2 se presentan los datos de siete países desarrollados sobre los arrestos relacionados con las drogas (por separado para el tráfico de drogas), las sentencias (también por separado para el tráfico) y las condenas a prisión en el año 1999.⁵ Los datos muestran una gran variación en las tasas de arrestos per cápita vinculados con las drogas, aun cuando los siete países tienen considerables problemas de drogas. Solo en Suecia el uso de la marihuana no es normativo entre las cohortes de nacimiento recientes que llegan a los 21 años de edad. En Suiza, la tasa de arrestos por cada 100.000 es de 612, tres veces más que en la vecina Francia y casi igual a la tasa en los Estados Unidos de América (590). Excepto en los Países Bajos, la mayoría de los arrestos en esos países son por posesión de drogas.

Recuadro 10.2 Tasas de arrestos, sentencias y encarcelamientos por cada 100.000 en siete países, año 1999

País	Arrestos	Arrestos por tráfico	Sentencias	Sentencias por tráfico	Condenados a prisión	Duración media de la condena (meses)
Alemania	226	11	66	7	11	
Estados Unidos de América	590	120	125	85	65	30
Francia	166	22	40	13	14	15
Países Bajos	73		44		20	13
Reino Unido	292	27	93	22	17	29
Suecia	113	19	81		16	15
Suiza	612	110	111	71	42	11

Fuente: European Sourcebook on Crime and Criminal Justice (2003) y Uniform Crime Reports (Federal Bureau of Investigation 1999).

Nota: Los datos del Reino Unido corresponden únicamente a Inglaterra y Gales. Si bien no se dispone de las cifras específicas, se puede asumir sin temor a errores que la mayoría de los arrestos en los Países Bajos son por tráfico porque la policía holandesa no efectúa arrestos por la simple posesión de marihuana.

El arresto es solo la primera parte del proceso de aplicación de la ley. Las penalidades más grandes se asocian con fallos condenatorios y encarcelamientos. Una observación clave es que el tráfico de drogas es el único delito vinculado con las drogas por el cual un arresto conduce a un fallo condenatorio aun en una simple mayoría de los casos. Solo una minoría de los arrestos por drogas (que no sean por tráfico) son seguidos de una condena, incluso en países como los Estados Unidos de América que tienen la reputación de aplicar rigurosamente la ley. Por ejemplo, mientras que la tasa por cada 100.000 delincuentes arrestados en relación con las drogas fue de 612 en Suiza, la cantidad que fueron condenados (es decir, 111) constituye apenas la sexta parte de los arrestados.

⁵ No se dispuso de datos similares sobre la extensión de la condena en países europeos correspondientes a años más recientes.

Las dos últimas columnas del cuadro 10.2 muestran las tasas de ciudadanos que fueron condenados a prisión por delitos relacionados con las drogas y la duración media de esas condenas.⁶ Nuevamente se destaca Suiza, con su tasa relativamente alta de encarcelamientos, pero con una duración relativamente breve de las condenas. El Reino Unido tiene condenas medias mucho más largas que cualquier otro país europeo. Una cantidad muy pequeña de los arrestados por delitos vinculados con las drogas cumplen condena en prisión, aun cuando comencemos con las personas arrestadas por tráfico de drogas.

Los Estados Unidos de América ha sido objeto de particular atención debido al número de personas encarceladas por delitos vinculados con las drogas, que se estimó en alrededor de 500.000 en el año 2005 (Caulkins y Chandler, 2006), cifra que es superior al número de personas encarceladas en Europa Occidental por todos los delitos. Cada año, unas 340.000 personas son sentenciadas y aproximadamente 135.000 reciben condenas nuevas de prisión, con una duración media máxima de la condena de 48 meses. La proporción de estas condenas que realmente se cumple varía considerablemente según el estado. La baja relación entre las condenas a prisión y los arrestos por drogas (< 10%) se explica en gran medida por el hecho de que en los últimos años la mayoría de los arrestos vinculados con las drogas en los Estados Unidos de América han sido simplemente por posesión de marihuana.

En las elevadas cantidades de arrestos y las bajas tasas de procesos judiciales en los Estados Unidos de América predominan los transgresores de bajo nivel, que son relativamente fáciles de atrapar y cuyo encarcelamiento tiene pocas repercusiones en la prevalencia del delito. Desde el punto de vista de la utilidad objetiva, es difícil justificar la respuesta a un delito de bajo nivel con un castigo que es muy severo y hace poco por reducir otros delitos. Sin embargo, la severidad de la sanción rara vez es determinada únicamente por fundamentos utilitarios; a menudo es una expresión de los valores sociales de las comunidades afectadas por las drogas, cuyos miembros con frecuencia sienten indignación moral ante el uso de drogas y desean que los involucrados en ese comercio sean castigados. A veces este clima emocional puede conducir a regímenes de sanciones que contradicen sus propios objetivos. Por ejemplo, el estado de Massachussets aprobó un Estatuto de Zonas Escolares que impone una sentencia obligatoria de dos años a quien sea atrapado vendiendo drogas a una distancia inferior a 1.000 pies de una escuela,⁷ pero la mayoría de las zonas urbanas están a menos de 1.000 pies de una escuela y, por lo tanto, el estatuto no crea efectivamente sanciones graduales que disuadan la venta cerca de las escuelas, en contraste con otros lugares. Este es uno de una serie de ejemplos en la política estadounidense contra las drogas en el cual las duraciones de las condenas crecieron indiscriminadamente en respuesta a crisis particulares, ya fueran reales o básicamente causadas por “el pánico moral” propiciado por los medios de difusión (Goode y Ben-Yehuda, 1994).

Otros países aplican sanciones severas que superan mucho a las de los Estados Unidos de América. Irán tal vez haya ejecutado hasta 10.000 traficantes de drogas en los años noventa (Samii, 2003). La Organización Human Rights Watch (2004) asocia las medidas enérgicas contra el tráfico de drogas aplicadas en Tailandia en el año 2003 con 2.275 muertes extrajudiciales en un período de tres meses, de manera oficial atribuidas principalmente a guerras entre pandillas, pero en un momento en que el gobierno alentaba la violencia contra los traficantes de drogas.

⁶ Nótese que el tiempo pasado en la cárcel antes del juicio no está necesariamente incluido en estos datos. Tampoco sabemos qué proporción de la condena en realidad se cumple.

⁷ Massachussets General Laws, C.94C, §32].

Una considerable literatura sobre la justicia penal busca evaluar cómo el encarcelamiento de delinquentes afecta al delito en general (Spelman, 2000). Se ha esgrimido el argumento de que las sentencias largas por delitos relacionados con las drogas aumentan los delitos de otro tipo (Rasmussen y Benson, 1994), por ejemplo, desplazando a los delincuentes más violentos de las prisiones sobrepobladas. Poco se sabe acerca del efecto que tiene la duración de la sentencia de los delincuentes relacionados con las drogas sobre la distribución de estas. Dos estudios de los posibles efectos de variaciones en las sentencias en distintas jurisdicciones de los Estados Unidos de América (Bushway et al., 2004; Kuziemko y Levitt, 2004) no encontraron efectos sustanciales de la condena cumplida en prisión sobre los precios de la cocaína, pero eso puede explicarse por deficiencias de los datos sobre la duración del encarcelamiento. Por ejemplo, Kuziemko y Levitt estiman que el aumento del número de encarcelamientos relacionados con drogas de 82.000 a 376.000 entre los años 1985 y 1986 incrementó los precios al menudeo de la cocaína solo entre 5% y 15% con respecto a los precios que se hubieran pagado sin esos encarcelamientos adicionales. Los análisis basados en modelos (Rydell y Everingham, 1994; Caulkins et al., 1997) son algo más optimistas, pero todavía sugieren que reducir el uso de una droga en un mercado masivo mediante el encarcelamiento de los distribuidores es costoso y se requieren cantidades prodigiosas de encarcelamientos para tener repercusiones importantes. Además, esos modelos suponen que la disuasión funciona más o menos en la misma forma que sugiere la economía de la teoría del delito. No obstante, la literatura psicológica sobre las percepciones del riesgo indican que esas suposiciones pueden ser exageradamente optimistas en el caso de los traficantes de drogas (Caulkins y MacCoun, 2005), un grupo de población particularmente propenso a valorar las recompensas inmediatas más que los costos a largo plazo (Bretteville-Jensen, 1999; Kirby y Petra, 2004).

10.6 Conclusiones e implicaciones para la política

Si bien en los países desarrollados varía considerablemente la energía con que se realizan las actividades de aplicación de la ley para controlar la oferta, esas actividades consumen la proporción más grande de los gastos gubernamentales en el combate contra las drogas en muchas naciones (Moore, 2005). Aun los Países Bajos, a menudo calificados como “blandos con las drogas”, asignan 75% de los gastos totales de la política contra las drogas a las actividades para hacer cumplir la ley (Rigter, 2006). Es sorprendente entonces que se pueda decir tan poco acerca de cuán efectivas son esas actividades para lograr sus objetivos.

El anexo al final del capítulo 16 sintetiza la escasa y desigual literatura en un formato congruente con el usado en los otros capítulos de esta sección. Sin embargo, el lector debe estar consciente de que esencialmente no existen oportunidades de estudiar los efectos de las políticas de control de la oferta sobre los mercados de drogas con un rigor metodológico que se aproxime al del diseño de ensayo controlado aleatorizado, que es la piedra de toque de la calidad en los estudios del tratamiento y prevención del uso de drogas.⁸ Además, la mayoría de las conclusiones dependen mucho de estudios realizados en los Estados Unidos de América o desde una perspectiva estadounidense y una intervención de control de la oferta puede producir resultados contradictorios, incluso dentro de un mismo país. Los resultados pueden variar según la etapa de la epidemia. Por ejemplo, el control de la oferta puede

⁸ Para una evaluación de las dificultades que afrontan esos estudios sobre las medidas generales de vigilancia policial, véase Nacional Research Council (2005).

ser más efectivo en una etapa temprana, cuando la demanda crece con rapidez, que en una posterior, cuando la demanda se ha estabilizado y han madurado las redes de distribución (Tragler et al., 2001). Hay también un componente dinámico, incluso competitivo, en una aplicación de la ley contra los traficantes que puede modular los efectos. Se ha afirmado que interceptar el puente aéreo peruano (la ruta usada para trasladar coca por vía aérea desde Perú a los sitios de elaboración en Colombia) tuvo un efecto notable sobre los precios de la cocaína en el año 1995 (Crane et al., 1997), pero ahora que la mayor parte de la producción de la coca está a una distancia que permite el transporte terrestre o por mar hasta las instalaciones de producción de cocaína, esa misma intervención podría ser mucho menos efectiva. A un nivel más local, las características peculiares de la infraestructura física pueden hacer que una determinada estrategia de control local sea muy efectiva en un vecindario, pero completamente inoperante en otro entorno similar (Caulkins et al., 1993). En consecuencia, los enunciados acerca de la efectividad presentados en el anexo corresponden al potencial de efectividad, pero no son una garantía de esta.

Por último, es importante preguntar: “¿efectiva para qué?” Las intervenciones que reducen la demanda de drogas en general disminuyen no solo el consumo de drogas sino también muchos otros problemas vinculados con las drogas (por ejemplo, los delitos, la morbilidad y la mortalidad relacionados con las drogas). En contraste, existe una preocupación permanente de que las intervenciones encaminadas a combatir la oferta pudieran reducir el uso de drogas a costa de generar consecuencias por unidad de uso y, tal vez, consecuencias totales relacionadas con las drogas. El ejemplo clásico usado para ilustrar este concepto es la posibilidad de que el aumento de precio suprimirá algo el consumo, pero no de una manera proporcional (véase en este capítulo la discusión anterior de la elasticidad de la demanda), lo cual conducirá a un mayor gasto en drogas y, quizás, a más delitos vinculados con las drogas. Por todas estas razones, las apreciaciones expresadas en este capítulo son más tentativas y más especulativas que las expuestas en los capítulos sobre otras intervenciones.

Toda discusión de las implicaciones para la política que tienen los datos examinados antes depende en gran medida de qué tipos de datos probatorios se requieren antes de emitir un juicio y hacer una recomendación. Quienes esperan contar con una base de datos que sean rigurosos conforme a los estándares habitualmente aplicados en las investigaciones de salud, dirían que hasta el momento existen pocas implicaciones, si es que las hay, y que no se deben esperar más en el futuro dadas las limitaciones inherentes al estudio de intervenciones en mercados y a la falta de investigaciones en esta área (Reuter, 2001).

Para quienes están dispuestos a sacar conclusiones tentativas basadas en una amalgama de datos y argumentos de carácter más general, se pueden hacer cuatro observaciones. Primero, no debemos considerar el desarrollo alternativo como un programa de control del uso de drogas dada la falta de datos de estudios de casos que sugieran que ha tenido un efecto notable sobre el uso en un país que constituye el mercado de comercialización. El desarrollo alternativo puede ser atractivo por razones humanitarias en aquellos países donde se ha comprobado que reduce la pobreza. No obstante, promover el desarrollo alternativo como parte del control mundial de las drogas está fundamentalmente injustificado; si tiene alguna función en la cartera de políticas contra las drogas, esa función tiene poco que ver con reducir el uso de drogas.

Segundo, otras intervenciones efectuadas mucho más arriba en la cadena de distribución (por ejemplo, la erradicación de cultivos, la interceptación, el control de los precursores químicos) aparentemente han producido en el pasado perturbaciones transitorias del mercado suficientes para afectar al consumo de drogas y los consiguientes resultados para la salud. Sin embargo, no se puede repetir el éxito sistemáticamente porque parece depender de una convergencia fortuita de circunstancias. La literatura científica no ofrece más que presunciones fundadas de cuándo esas intervenciones tienen o no probabilidades de lograr perturbaciones notables del mercado.

Tercero, los datos probatorios de la efectividad son más débiles en las investigaciones policiales cuyos objetivos son los traficantes de alto nivel, pero es precisamente en ese nivel que los datos son menos pertinentes. Los traficantes de alto nivel que operan en un país aquejado por un sustancial problema de drogas pueden convertirse en el blanco de las actividades de aplicación de la ley debido a un sentido de justicia, más que a un compromiso con intervenciones de salud pública eficientes. No obstante, puesto que esos delincuentes son arrestados, subsiste la pregunta acerca de la severidad con que deben ser castigados. Los escasos datos que existen indican que puede haber una disminución de los beneficios para los objetivos de la política al extender los períodos de encarcelamiento, pero esas opiniones dependen tanto de argumentos económicos deductivos como de evaluaciones empíricas.

Por último, las medidas de aplicación de la ley a nivel local o de la calle probablemente no sean una estrategia viable para reducir el uso de drogas. Más bien, sus efectos primarios pueden ser controlar los daños asociados con los mercados de drogas (como se examinó en el capítulo 5), alentar a los usuarios dependientes a ponerse en contacto con los prestadores de servicios y expresar la indignación moral de algunas personas que viven en esas comunidades.

Concluimos con una observación analítica trascendental: las intervenciones de control de la oferta absorben la mayor parte de los gastos en el control de las drogas en la mayoría de los países, incluso en aquellos que tienen fama de ser tolerantes con el consumo de drogas. La base de datos concernientes a esas intervenciones es alarmantemente exigua. Esto obedece en gran medida a las dificultades inevitables de evaluar intervenciones para las cuales el mercado es la unidad de análisis. Sin embargo, también se debe a la total negligencia de las instituciones de investigación y financiamiento. Un Comité de Expertos en los Estados Unidos de América se quejó de que “lo que no sabemos continúa perjudicándonos” (Manski et al., 2001), un decenio después de que la revista *Science* observara que “todavía volamos a ciegas en la guerra contra las drogas” (*Science*, 1990). En el año 2010, poco ha cambiado. Los gobiernos todavía siguen volando a ciegas.

11. La criminalización y la descriminalización del uso o la posesión de drogas

11.1 Introducción

El capítulo anterior examinó los esfuerzos para reducir los problemas relacionados con las drogas mediante la eliminación de la oferta de drogas ilegales. Como se observó en ese capítulo, esas actividades se concentran en los productores o distribuidores de las drogas y no en los usuarios, excepto en la medida en que un usuario esté también involucrado en la producción o la distribución.

A nivel nacional o internacional, también se han dirigido actividades a los usuarios mediante la penalización o algún otro tipo de castigo de la posesión o el uso de drogas ilegales. Como cuestión práctica, la penalización de la posesión también se puede emplear como instrumento para aplicar las leyes a los proveedores. (Es más fácil atrapar a un vendedor en posesión de drogas que atraparlo en el momento en que hace una venta). Sin embargo, castigar al usuario es una medida que va sustancialmente más allá de prohibir la venta o la producción de la droga y a menudo implica actividades de fiscalización del comportamiento que en otros aspectos se considera privado. La prohibición federal del alcohol en los Estados Unidos de América entre los años 1919 y 1932, por ejemplo, no adoptó esa medida. El objetivo era eliminar el comercio de bebidas alcohólicas y la posesión o el consumo de alcohol no eran penalizados en la ley federal.

A nivel internacional, el requisito de que los países penalicen la posesión o el uso de drogas ilegales se introdujo relativamente tarde en el sistema de fiscalización de las drogas. El convenio internacional del año 1961 exige que cada país, “sujeto a sus limitaciones constitucionales”, declare ilegal la posesión de sustancias controladas (Artículo 36). Si bien ha habido dudas acerca de que esto pudiera implicar la penalización del uso, muchos países habían impuesto sanciones a la posesión o el uso de sustancias controladas mucho antes del año 1988, cuando la duda fue aclarada por el Artículo 3, Sección 1, del convenio del año 1988, que requería que la posesión o la compra de sustancias controladas fueran castigadas “como delitos penales en la ley nacional”.

En el ámbito mundial, el gran aumento de los arrestos y procesos penales por posesión o uso de drogas se ha producido a partir de los años setenta, paralelamente al rápido crecimiento del consumo de drogas ilegales. El incremento de los arrestos y condenas es en parte resultado del aumento del uso, pero también es probable que haya reflejado los intentos de los órganos legislativos y administrativos a nivel nacional y subnacional de frenar el consumo de drogas promulgando sanciones o elevándolas. Los arrestos han continuado creciendo en los últimos diez años, lo cual parece reflejar la intensificación de las actividades para controlar en particular el consumo de cannabis (Room et al., 2008).

A partir de los años setenta, surgió una tendencia contraria a esta mayor penalización en una serie de países, entre ellos los Estados Unidos de América, a medida que aumentó el uso. La tendencia contraria se aplicó básicamente al cannabis, pero en tres países (España, Italia y Portugal) también a otras sustancias controladas. En los Estados Unidos de América, los políticos y los líderes de la opinión de varios estados en parte respondieron al hecho de que los jóvenes de clase media, a menudo sus propios hijos, eran arrastrados al sistema de justicia penal por las leyes sobre la posesión de cannabis. Esto precipitó esfuerzos por mitigar esos efectos reduciendo las sanciones por posesión de cannabis. Como esta tendencia era polémica, se ha desarrollado una considerable literatura evaluadora en torno a las reducciones de las sanciones, que ofrece datos sobre los efectos de diversos tipos y grados de penalización de la posesión y el uso de drogas. Después de presentar un marco analítico para establecer cómo deben operar las medidas contra los usuarios, basado en el marco empleado para el control de la oferta expuesto en el capítulo 10, en este capítulo se sintetizan los datos probatorios.

La literatura existente ha estudiado principalmente los cambios en una sola dirección. Los estudios de los efectos de la legislación concerniente a la penalización del uso o la posesión de drogas en una

abrumadora mayoría se ocupan de la reducción o eliminación de sanciones, y la mayoría de ellos se refieren al cannabis.¹ Nuestro examen de los efectos de castigar a los usuarios se basa entonces principalmente en estudios de lo que sucedió cuando se redujeron, modificaron o abolieron sanciones por el uso, la posesión o el cultivo de cannabis para consumo propio.

11.2 Marco analítico

Nos basamos en el análisis efectuado en el capítulo 10 y señalamos que la aplicación de la ley puede reducir la demanda mediante la disuasión, la incapacitación y/o la rehabilitación.

11.2.1 La disuasión

La amenaza de arrestar, multar o encarcelar a los usuarios de drogas por la simple posesión de drogas puede inducir a las personas a abandonar o reducir el consumo de drogas al aumentar los riesgos de adquirirlas. El mismo mecanismo puede también llevar a que menos personas inicien el consumo de drogas. Esta hipótesis refleja un efecto directo sobre la demanda congruente con una serie de análisis económicos (Model, 1993; Pacula et al., 2001; Farrelly et al., 2001; DeSimone y Farrelly, 2003; pero véase también Friedman, et al., 2006) y con alguna bibliografía sobre conducir en estado de ebriedad (por ejemplo, Voas et al., 1997; Shults et al., 2001). En el caso de los jóvenes, los ejecutores y las sanciones contra los usuarios con frecuencia están fuera del sistema oficial de justicia penal: padres que revocan privilegios en cuanto al uso del automóvil, equipos deportivos que no les permiten la participación y escuelas que temporalmente suspenden a los estudiantes. Aun cuando estos ejecutores no enjuician oficialmente, sus acciones pueden disuadir del consumo de drogas.

Kleiman (2009; véase también Harrell et al., 2003) ha comprobado que el agregado de sanciones menores pero seguras causa sustanciales disminuciones del uso de drogas por personas en libertad condicional que habían cometido delitos graves. Específicamente, el agregado de tamizajes periódicos mediante pruebas de orina seguidas de sanciones inmediatas en el régimen de libertad condicional para quienes tengan resultados positivos (por ejemplo, un juicio en ese mismo día y un encarcelamiento por 24 horas a partir de esa noche o del día siguiente) fue un incentivo suficiente para que la mayoría de los delincuentes en libertad condicional que estaban involucrados con drogas completaran todo un año de abstinencia. Es sorprendente que la sola advertencia del nuevo procedimiento bastara en muchos casos para disuadir del consumo de drogas. De aquellos que recibieron una sanción, menos de la mitad se hicieron acreedores a una segunda sanción y en el resto del año tuvieron resultados negativos en las pruebas de orina.

11.2.2 La incapacitación

Una fracción muy pequeña de la población de usuarios está en prisión por violar la leyes sobre posesión de drogas, aun en los Estados Unidos de América (Caulkins y Sevigny, 2009), pero la incapacitación puede sin embargo afectar considerablemente a la demanda en países con altas tasas de encarcelamientos por venta de drogas y otros delitos (robo, homicidio, etc.). Aproximadamente

¹ Existe una situación similar en la literatura sobre los efectos del control de la disponibilidad de alcohol: la mayoría de los estudios de los efectos de las limitaciones a las horas y días de venta y a la densidad de los puntos de venta, por ejemplo, han examinado los efectos de eliminar las restricciones (Room, 2002b).

2.25 millones de personas fueron encarceladas en los Estados Unidos de América en el año 2005, considerando todos los delitos. La mayoría de ellas, incluidos los vendedores de drogas y otros delincuentes, usaron alguna droga ilegal distinta del cannabis poco antes del arresto (NIJ, 2003). Alrededor de una tercera parte —750.000— dieron resultados positivos en las pruebas para detectar cocaína, que indicaban un uso reciente. Una gran proporción de esos usuarios de cocaína eran dependientes (NIJ, 2004), pero pocos consiguieron continuar el uso en prisión (Feucht y Keyser, 1999). La ONDCP de los Estados Unidos de América (2001b) estima que alrededor de 85% de la demanda estadounidense de cocaína es atribuible a los aproximadamente 2.7 millones de usuarios crónicos que no están encarcelados en el momento de la encuesta. Si este cálculo es correcto, se puede inferir que entre 15% y 20% ($85\% \times 750.000 / (750.000 + 2.700.000)$) de una demanda potencial total de cocaína en los Estados Unidos de América es inhabilitada por la aplicación de la ley.

La incapacitación probablemente tenga un efecto mucho menor en otros países. Hacemos la comparación en términos de tasas de encarcelamientos en Europa Occidental. La tasa de encarcelamientos en los Estados Unidos de América era de 738 por cada 100.000 en el año 2005; la tasa en Francia, Alemania e Italia era de solo 95 por 100.000. Aun cuando las tasas estadounidenses de uso problemático son más altas que la de los países de Europa Occidental, la diferencia en cuanto a uso problemático es mucho menor que la diferencia entre los encarcelamientos. Por ejemplo, Alemania tiene una tasa de uso problemático de drogas de 330 por cada 100.000, en comparación con una tasa homóloga de alrededor de 1.000 por cada 100.000 en los Estados Unidos de América. En consecuencia, aun cuando la población encarcelada esté tan involucrada en el uso de drogas como la de los Estados Unidos de América, la proporción del consumo potencial total de drogas que se evita mediante el encarcelamiento de los usuarios sería mucho más pequeña. Tampoco se debe dar por sentado sin datos probatorios que los usuarios de drogas no tienen acceso a estas mientras están encarcelados.

11.2.3 La rehabilitación

El sistema de justicia penal también puede reducir la demanda de drogas mediante las rehabilitación de delincuentes convictos involucrados con las drogas, ya sea con el tratamiento en prisión o conminándolos a ingresar y persistir en el tratamiento (por ejemplo, los tribunales de drogas y los programas de alejamiento de las drogas). Por ejemplo, el Reino Unido presenció una duplicación de los inscritos en el tratamiento entre los años 1997-1998 y los años 2005-2006, que en gran medida reflejaba el envío de pacientes desde el sistema de justicia penal (Reuter y Stevens, 2007).

El resto del capítulo aborda únicamente los efectos disuasivos de la aplicación de la ley a los usuarios. No existen investigaciones sobre los efectos de la incapacitación y pocas se refieren a los efectos a nivel de la población que tiene la rehabilitación en prisión; estos últimos efectos se analizan en el contexto de los programas de tratamiento en los capítulos 9 y 15.

11.3 Las numerosas formas de reducir o eliminar las penalidades

Un reto fundamental al diseñar un régimen de disuasión es decidir cuán riguroso será y en qué forma será riguroso. La criminología en general ha encontrado que la certeza del castigo es más importante que la severidad de este (Kleiman, 2009; Nagin, 1998). No obstante, los legisladores continúan siendo atraídos por la idea de que una ley rigurosa será un elemento disuasivo más fuerte. Se puede argumentar

que la mejor solución para un régimen de disuasión es parecer riguroso, pero ser en realidad indulgente. La severidad aparente es un mejor elemento disuasivo, pero, una vez que ha fracasado la disuasión y alguien ha sido arrestado, es mejor la indulgencia porque imponer realmente la sanción amenazada es costoso tanto para el transgresor como para la sociedad. Esta última consideración se vuelve particularmente importante cuando el propósito de la disuasión es al menos en parte proteger al transgresor de su propio comportamiento. Por consiguiente, las multas por conducir a alta velocidad, una acción que amenaza a otras personas además del conductor, son normalmente más elevadas que las multas por conducir sin cinturón de seguridad o por viajar en una motocicleta sin casco. Sin embargo, parecer riguroso pero actuar con indulgencia es siempre una solución inestable en una sociedad democrática y abierta: esa actitud es fácilmente tachada de hipócrita y no se puede evitar indefinidamente que las noticias sobre la indulgencia sean suprimidas.

En los últimos decenios, los legisladores y los ejecutores de la ley en muchos países han luchado con este dilema en relación con la posesión y el uso de drogas. Se han aplicado criterios muy diversos en distintos lugares en el transcurso del tiempo. Como la terminología usada para esas actividades ha variado en forma confusa, es importante definir los términos clave. La “*descriminalización*” normalmente implica la revocación de toda sanción penal; la despenalización comúnmente significa la reducción de la severidad de las sanciones, por ejemplo, la eliminación de una condena a prisión, pero puede todavía implicar una sanción penal. En consecuencia, la descriminalización es una subforma de despenalización. No existe un término comúnmente aceptado para la eliminación de todas las sanciones, penales o administrativas, por uso o posesión. En estos casos, a menudo se habla de “legalización”, pero pocos describirían como “legalización” la situación que existía en relación con el alcohol durante la prohibición estadounidense, por ejemplo. Además, legalización sugiere una política más amplia que también elimina en cierto modo la prohibición de la oferta.

La confusión en cuanto al lenguaje refleja la gran variedad de medidas que se han tomado en uno u otro lugar para mitigar lo que se percibe como perjuicios que surgen de la aplicación estricta de leyes que criminalizan el uso o la posesión de una o más sustancias controladas. Esas medidas incluyen:

- Pasar de las sanciones penales tradicionales a alguna otra forma de sanción no penal o administrativa, a menudo en una categoría jurídica como la de las multas por estacionarse en un lugar prohibido o por una violación menor de la ley de tránsito (por ejemplo, la “notificación de expiación”, una multa impuesta en el momento por posesión de cannabis, establecida a partir del año 1987 en Australia Meridional).
- Reducir el nivel de las sanciones penales (por ejemplo, en los años setenta en varios estados estadounidenses la posesión de cannabis dejó de ser un delito mayor para convertirse en uno menor, con lo cual se redujo la posible condena máxima).
- Abolir leyes penales sobre el uso de drogas (por ejemplo, en España en el año 1983, si bien la posesión en público fue nuevamente clasificada como delito en el año 1992; una corte de Alaska en el año 2006 liberó de sanciones en ese estado la posesión de una pequeña cantidad de cannabis en el hogar o el lugar de residencia del usuario).

- Diversas formas de trato alternativo para las personas detenidas por la policía por uso o posesión de drogas, que incluyen medidas aplicadas por la policía sin llegar al arresto, como la “admonición” y la “advertencia” que se usan en el Reino Unido.
- Otras formas de trato alternativo, por ejemplo, el envío a un programa obligatorio de educación o tratamiento. Se puede aplicar esto en lugar de una condena penal. La descriminalización de las drogas en Portugal en el año 2001 estipulaba que los casos de posesión o uso de drogas debían ser referidos a Comisiones para la Disuasión de Toxicomanías. También se puede aplicar la medida con posterioridad a la condena penal. La Propuesta 36 de California, aprobada por un referendo en el año 2000, establece que alguien condenado por primera o segunda vez por un delito no violento relacionado con drogas es puesto en libertad condicional y enviado a un programa certificado de tratamiento de adicciones.
- La legalización *de facto* de la compra y la venta de pequeñas cantidades, aun cuando la posesión técnicamente se mantenga ilegal y la producción esté todavía estrictamente prohibida. Este es el caso bien conocido del sistema de los Países Bajos para el cannabis, con el propósito básico de separar los mercados de cannabis y de “drogas duras”.

A continuación, consideraremos los datos disponibles sobre los efectos de modificar las leyes o sanciones concernientes al uso o la posesión personales. Como se observó, la mayoría de los datos se refieren a modificaciones en una sola dirección: reducir o eliminar las sanciones. Una excepción, que se analiza más adelante, es la cuidadosamente evaluada criminalización de la posesión y el uso de una serie de drogas ilegales en la República Checa en el año 1998. Por lo demás, ciertamente ha habido cambios hacia sanciones más rigurosas y hacia una aplicación más enérgica de la ley con el mismo conjunto de sanciones. Por ejemplo, el número de arrestos por posesión de cannabis se elevó en los Estados Unidos de América de 226.000 en el año 1991 a 505.000 en el año 1995, y a más de 700.000 en el año 2006, mientras que en Suiza los arrestos por posesión de cannabis aumentaron de 15.500 en el año 1997 a 26.000 en el año 2002. Estos cambios han atraído muy pocas investigaciones. Pacula y sus colegas (2004), en uno de los pocos trabajos que examinan tanto los aumentos como las disminuciones, no encontraron pruebas de que la variación en las tasas de arrestos relacionados con el cannabis tuvieran algún efecto sobre la prevalencia del uso de esa droga. Sin embargo, la metodología empleada no es sólida ya que no se pueden desentrañar los efectos del uso sobre las políticas.

Más allá de las repercusiones de las leyes y sanciones a nivel de la población, las investigaciones sobre los efectos de la criminalización del uso de cannabis también revelan una serie de consecuencias personales, sociales y económicas para el usuario individual. Aquí el término criminalización se refiere al proceso que conduce a la declaración de culpabilidad de un delito penal, así como a las consecuencias posteriores a la calificación de delincuente. En un estudio de 95 “delincuentes vinculados con el cannabis” realizado en Ontario (Erickson, 1980), se encontró que había costos sustanciales para el individuo al ser tratado como delincuente (efectos sobre las percepciones de sí mismos que tienen quienes delinquen por primera vez, sobre sus relaciones familiares y su empleo) que iban más allá de las sanciones impuestas por el mismo sistema de justicia penal.

11.4 Efectos de las modificaciones del tipo o el grado de penalización del uso o la posesión de drogas

Seis intervenciones o estrategias han buscado disuadir del uso de drogas y reducir los costos sociales de tratar a los usuarios de drogas en el sistema de justicia penal.

11.4.1 Pasar de las sanciones penales tradicionales a otra forma de sanción

La distinción entre esta categoría de cambio y la siguiente, la reducción de las sanciones penales, no está bien definida. Los límites entre lo que es un “delito” y lo que es otra cosa (una “infracción”, una “sanción administrativa”, etc.) varían según el sistema jurídico y en el transcurso del tiempo. Una transgresión con una sanción máxima de una multa insignificante puede sin embargo ser jurídicamente un delito, mientras que las sanciones administrativas pueden ser muy considerables, como sucede por ejemplo con las multas según los ingresos en Escandinavia. No obstante, sacar la posesión o el uso de la categoría de “delito” es en sí una reducción de la sanción, ya que a menudo se agregan incapacitaciones jurídicas al clasificar una infracción como delito, aparte del estigma que se puede asignar al hecho de ser un “delincuente”. En consecuencia, el cambio efectuado en Australia Occidental a “notificaciones de expiación por posesión de cannabis” en parte buscaba satisfacer los deseos de viajar de los jóvenes de la clase media australiana, a quienes se les negaría el ingreso a los Estados Unidos de América si tuvieran que informar que habían sido convictos por un delito.

En el año 1973, Oregon cambió la calificación de la posesión de menos de una onza de cannabis de delito a infracción administrativa, con una sanción máxima de una multa de US\$ 100 (Single, 1989). Una serie de otras jurisdicciones estatales y locales estadounidenses siguieron el ejemplo y redujeron las sanciones por posesión de pequeñas cantidades de cannabis en el período 1975-1978. La eliminación de la calificación de delito que estaba implicada en estos cambios variaba en los distintos estados “descriminalizadores” (Pacula et al., 2004).

Los trabajos más recientes sobre los efectos de los cambios de sanciones penales a otro tipo de sanciones han sido los estudios en Australia de los efectos de las modificaciones de las condenas y las sanciones para convertirlas en una “notificación de contravención de la ley” en Australia Meridional en el año 1987, el Territorio de la Capital Australiana (TCA, Canberra y sus alrededores) en el año 1992 y Australia Occidental en el año 2004. Estos sistemas también permitieron el cultivo de una pequeña cantidad de plantas para consumo personal; esa cláusula es exclusiva de las jurisdicciones australianas y no se ha analizado cómo podría influir de manera independiente en los resultados. En término de los efectos sobre las modalidades de uso informadas, Donnelly y sus colegas (1999, 2000) encontraron que las tasas ajustadas de la prevalencia de haber usado alguna vez cannabis se elevaron de 26% a 36% en Australia Meridional en los 10 años entre los años 1985 y 1995, pero que también había habido aumentos del mismo orden en los estados australianos que mantenían las leyes que penalizaban la posesión (de 26% a 32% en Victoria, de 26% a 33% en Nueva Gales del Sur y de 21% a 33% en Tasmania). Específicamente entre los jóvenes de 14 a 29 años de edad, el grupo de edad con las tasas más altas de inicio y uso habitual, las tendencias en el uso en toda la vida y en el consumo semanal de cannabis no difirieron considerablemente entre Australia Meridional y el resto del país. Los tamaños de las muestras de los estados individuales fueron pequeños y, por lo tanto, esta fue una prueba de poca potencia. En encuestas de escolares de 11 a 16 años en Australia Meridional efectuadas cada año desde 1986 a

1989, los niveles del uso de cannabis permanecieron estables (Nelly et al., 1991; Donnelly et al., 1992). Un estudio de los efectos de una descriminalización similar en el TCA sobre el uso de cannabis por los estudiantes, con estudiantes de Victoria como grupo de control, encontró que el uso en toda la vida y el consumo frecuente no variaron entre el año 1992, antes del cambio, y el año 1994 (McGeorge y Aikien, 1997).

Cameron y Williams (2001) y Williams (2003) examinaron los efectos de la descriminalización del cannabis en varias de las encuestas de hogares australianos (1988, 1991, 1993 y 1995). Es importante destacar que, a diferencia de otros estudios se tuvo en cuenta la variación del precio del cannabis al igual que la modificación de la política. Cameron y Williams (2001) encontraron que, después de hacer ajustes para tener en cuenta el precio, el hecho de vivir en un estado que ha descriminalizado el uso de cannabis aumenta las probabilidades de participación. Sin embargo, observan que la descriminalización fue aprobada en Australia Meridional antes de su período de análisis y, por consiguiente, no pudieron separar el efecto de la descriminalización de algún efecto propio de Australia Meridional. En consecuencia, Williams (2003) extendió el análisis e incorporó datos a partir del año 1998, que incluyeron otros estados que habían cambiado la política, y nuevamente encontró un efecto positivo y estadísticamente significativo de la descriminalización del cannabis sobre la prevalencia anual del uso de cannabis en grupos demográficos específicos de la población. En particular, vivir en un estado que ha descriminalizado tiene un efecto mayor en los individuos de 25 o más años de edad y, cuando se evalúa la política para la población en general, los efectos desaparecen ya que son contrarrestados por resultados estadísticamente significativos en la población más joven, menos sensible a un cambio en esta política. Esto concuerda con los datos obtenidos en los Estados Unidos de América, que indican un efecto mayor de las sanciones en los grupos de más edad, en comparación con los más jóvenes (Saffer y Chaloupka, 1999a; Farrelly et al., 2001).

En términos de las repercusiones sociales de las sanciones administrativas en contraste con las penales, Lenton y sus colegas (1999, 2000b) compararon pares emparejados de usuarios de cannabis arrestados por primera vez en Australia Meridional y en Australia Occidental en un momento en que todavía existían sanciones penales en esta última. Era significativamente más probable que los entrevistados en Australia Occidental informaran consecuencias negativas en cuanto al empleo (32%, en comparación con 2% en Australia Meridional), un contacto posterior con el sistema de justicia penal (32%, en comparación con 0%), problemas de relaciones (20%, en comparación con 5%) y dificultades en cuanto al alojamiento (16%, en comparación con 0%), que podían ser atribuidos a su arresto. En comparación con los entrevistados en Australia Meridional, los participantes de Australia Occidental también informaron que, como resultado del arresto, confiaban menos en la policía y le temían más.

Una consecuencia imprevista del cambio a notificaciones de expiación por uso de cannabis en Australia Meridional fue una sustancial modificación del comportamiento de la policía. La notificación de expiación era más fácil de aplicar que el arresto y, tal vez por esta razón, el número de notificaciones emitidas creció en más de 250% entre los años 1987-1988 y los años 1993-1994. Además, en solo 45% de las notificaciones emitidas se pagaron las multas en la fecha establecida y fue menos probable que pagaran quienes eran más pobres; quienes no pagaban se arriesgaban a ser encarcelados (Christie y Ali, 2000). El sistema en Australia Meridional dio entonces como resultado una considerable “ampliación de la red” y fueron más, no menos, los casos presentados al sistema de justicia penal. Estas

cuestiones fueron en cierta medida abordadas en el sistema de Australia Occidental, que permitía dos meses más después del plazo estipulado para pagar la multa, bajo amenaza de perder la licencia de conducir. Se estima que esto elevó la tasa de observancia hasta 75%. Se calcula que la ampliación de la red en el sistema de Australia Occidental fue de solo 14%, en comparación con 250% en el sistema de Australia Meridional (Swensen, 2007).

Dicho esto, hay pruebas en la experiencia australiana de que la descriminalización y la sustitución con sanciones administrativas tuvieron un efecto benéfico en las vidas de las personas arrestadas por la policía por posesión de cannabis, si bien se hicieron más arrestos ya que era más fácil para la policía hacerlos. Por otra parte, los datos australianos muestran que los efectos sobre las modalidades de uso de cannabis son pequeños, en particular entre los usuarios más jóvenes. Es difícil interpretar los resultados en términos del efecto disuasivo ya que cantidades más grandes de personas recibieron sanciones menores.

Los efectos de los cambios de los años setenta han sido estudiados en una serie de informes y trabajos estadounidenses. Por ejemplo, un estudio pionero de los efectos de una ley municipal sobre el cannabis en Ann Arbor, Michigan, que buscaba invalidar la ley estatal mediante la cual la posesión era un delito grave y reducir la sanción máxima por el uso de cannabis a una multa de US\$ 5, no encontró ningún impacto en el uso de cannabis en encuestas entre estudiantes de escuelas secundarias, en comparación con tres comunidades vecinas que no redujeron las sanciones (Stuart et al., 1976). Sin embargo, el estudio no aborda la cuestión de qué sucedió realmente en relación con toda aplicación concurrente de la ley estatal. Diez años después de que California redujera la sanción por posesión de pequeñas cantidades de cannabis a una citación y una multa, un análisis de las consultas en servicios de urgencia y arrestos en la calle concluyó que, conforme a esos dos indicadores, el cambio “no causó un aumento del uso de esa droga” (Mandel, 1987).

En un nuevo análisis de los datos obtenidos en cuatro encuestas nacionales estadounidenses sobre las drogas, efectuadas entre los años 1972 y 1977, Saveland y Bray (1981) encontraron que el uso de cannabis era mayor en los estados “descriminalizadores”, tanto antes como después de los cambios en la ley, y que esto quizás reflejaba modificaciones en la intensidad de la aplicación de la ley que precedieron a los cambios de la ley oficial. Otro nuevo análisis (Johnston et al., 1981) de las encuestas nacionales Vigilar el Futuro, efectuadas entre estudiantes de escuelas secundarias, concluyó que la descriminalización no produjo ningún efecto en las tasas de uso de cannabis ni en las actitudes y creencias acerca de ese uso. Sin embargo, Model (1993) analizó datos de los servicios de urgencia y encontró que la descriminalización se asociaba con aumentos considerables del número de casos relacionados con el cannabis y reducciones en las menciones de otras sustancias. Este es el único estudio con un resultado positivo, pero la metodología fue insólitamente fuerte.

Estos estudios específicos son representativos de una considerable literatura de evaluación en los primeros años de los cambios, gran parte de la cual fue revisada por Eric Single (1981, 1989). Single concluyó que “los datos disponibles indican que la descriminalización de la posesión de cannabis tuvo poco o ningún efecto en las tasas de uso” (Single, 1989).

Dos limitaciones importantes de esta literatura temprana son que en general no se tuvieron en cuenta los precios del cannabis ni los cambios en la aplicación de la ley y las sanciones penales, aparte del cambio oficial de la ley. Esto es problemático porque Farrelly y sus colegas (2001, p. 51) encuentran “pruebas de que tanto las multas más altas por posesión de cannabis como la mayor probabilidad de un arresto disminuyen las probabilidades de que un adulto joven use cannabis”, y Pacula et al. (2003) muestran que en los efectos estimados de las sanciones jurídicas por el uso de cannabis influye la forma en que se aplica la ley. Pacula y sus colegas (2004) abaten la dicotomía sobre la “descriminalización” generalmente usada en esos análisis y muestran cuán problemática es la caracterización anterior. De los 12 estados “descriminalizadores”, cuatro mantuvieron la posesión como delito leve o delito grave, mientras que, para los años noventa otros siete estados “no descriminalizadores” no penalizaban el delito de posesión de cannabis por primera vez. Asimismo, las tasas de arrestos en las jurisdicciones descriminalizadoras eran similares a las de las otras, lo que refleja el hecho de que muchos arrestos implican el delito de uso en público, que normalmente no está incluido en la descriminalización.

En los últimos años, ha crecido considerablemente la bibliografía sobre los efectos de estos cambios en los Estados Unidos de América, la cual se basa mucho en el análisis de grandes conjuntos de datos que comenzaron a difundirse por medios electrónicos alrededor del año 1990, y que comparan a los entrevistados en los estados “descriminalizadores” con los de otros estados. Según una revisión de la literatura más reciente (Pacula et al., 2004), los datos correspondientes a los efectos de la política de descriminalización sobre las tasas de uso en los Estados Unidos de América son mixtos. No obstante, esos estudios son en gran medida análisis econométricos transversales. Un análisis transversal, sin importar cuántas otras variables se tengan en cuenta, es una prueba muy débil de causalidad. Por ejemplo, mientras que Saffer y sus colegas (2001) informan que “se encontró que la descriminalización de la marihuana aumentaba en alrededor de 8% las probabilidades de participación en el uso de marihuana”, eso no se debe interpretar como prueba de causalidad. Mucho más convincentes son los estudios de los efectos del cambio de la política mediante **experimentos naturales**, los estudios de antes y después, si es posible con testigos. Los resultados de esos estudios (por ejemplo, Johnson et al., 1981, Model, 1993) son conflictivos.

Una debilidad fundamental de la mayoría de los estudios en esta área, incluidas las investigaciones anteriores y las más recientes, es que implícitamente dan por sentado que la ley anterior al cambio era aplicada de manera sistemática. Sin conocer la medida en que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley hacían del cannabis una prioridad y seguían la letra de la ley, no se puede concluir que un debilitamiento de las sanciones de jure realmente haya causado un cambio en las interacciones típicas de los oficiales de policía y los usuarios de cannabis. Un estudio (Williams, 2003) muestra que, en Australia, las estimaciones de la repercusión de la descriminalización del cannabis sobre el uso de esta droga son muy sensibles a la inclusión de datos concernientes a las sanciones impuestas por delitos de uso (es decir, multas y encarcelamiento).

Un trabajo reciente (MacCoun et al., 2008) encuentra que es muy inexacto el conocimiento de las sanciones por uso de cannabis en los Estados Unidos de América. Al separar en dos grupos las jurisdicciones que han eliminado la amenaza de encarcelamiento y las que no lo han hecho, MacCoun

y sus colegas informan que, en cuatro de las Encuestas Nacionales sobre el Uso de Drogas y la Salud, porcentajes similares de los entrevistados en los dos grupos de estados piensan que este delito sería en potencia punible con una condena a prisión. En consecuencia, una razón para encontrar poco efecto de las modificaciones de la ley en los últimos años es simplemente que los residentes de los distintos estados no están bien informados.

Se han efectuado pocos análisis de la variación de las tasas de arrestos por delitos relacionados con las drogas en los distintos estados. Como se señaló antes, Farrelly y sus colegas (2001) encontraron que las tasas más altas de arrestos sí reducían las probabilidades de que un adulto joven usara cannabis.

11.4.2 Cambiar el nivel de las sanciones penales

Si bien el consumo de cannabis sigue prohibido por la ley en Suiza, existe una considerable variación en los 26 cantones acerca de cómo y en qué medida se aplica la ley. Usando datos transversales de jóvenes suizos de 15 años de edad en el estudio Comportamiento de los Escolares Relacionado con la Salud, Schmid (2001) no encontró ninguna prueba de que la tasa de arrestos per cápita se relacionara con la tasa de uso de cannabis en ese grupo de edad.

11.4.3 Abolir o introducir leyes que penalizan el uso de drogas

Como ya se señaló, la República Checa criminalizó la posesión y el uso de una serie de drogas en el año 1998, después de una dura controversia y superando el veto del Presidente Vaclav Havel. Como resultado, el gobierno encargó a un grupo de expertos checos asesorados por académicos estadounidenses un sustancial estudio de evaluación (Moravek, 2008). En un análisis descriptivo, se compararon las tendencias temporales en los datos checos con tendencias de la época anterior. Usando datos cuantitativos, se pusieron a prueba varias hipótesis acerca de los efectos de la introducción de sanciones por la posesión de drogas ilegales para uso personal. Las hipótesis de que “la disponibilidad de drogas ilegales disminuirá” y que “el número de [...] usuarios de drogas ilegales disminuirá” o al menos se estabilizará fueron rechazadas sobre la base del estudio; varias otras hipótesis no pudieron ser comprobadas fehacientemente. Los estudios cualitativos completaron el panorama de los efectos de la legislación, sin incluir ningún dato probatorio de efectos en los lugares de consumo de drogas. Sin embargo, la nueva ley proporcionó a la policía la oportunidad de presionar a las personas de interés por otras razones. Un informante de los encargados de hacer cumplir las leyes comentó acerca de esto: “Debo admitir que no es completamente legal. En cierta forma, se asemeja a un chantaje” (Zabransky et al., 2001). Si bien las sanciones por posesión para uso personal solo fueron aplicadas al azar y ocasionalmente en los dos años posteriores a la adopción de la ley, hubo costos considerables para el estado resultantes de la legislación, sin ningún beneficio evidente (Zabransky et al., 2001).

Italia ha tenido una historia compleja concerniente a la penalización del uso o la posesión de drogas. Un régimen penal estricto que se remontaba a los años cincuenta fue sucedido en el año 1975 de una descriminalización total del uso o la posesión. El uso personal de drogas fue nuevamente criminalizado en el año 1990 y otra vez descriminalizado en el año 1993. Si bien esto parece ofrecer una maravillosa oportunidad para investigar los efectos de los cambios en gran escala, son escasos los datos disponibles y se han efectuado muy pocos análisis. Los indicadores disponibles se refieren a

los arrestos, los encarcelamientos, las defunciones, los casos de sida y los ingresos para tratamiento relacionados con las drogas y las incautaciones de drogas por la policía (Solivetti, 2001), en todos los cuales influyen cambios en los sistemas de respuesta así como en el comportamiento de uso de drogas. Si bien las muertes por sobredosis disminuyeron después de la nueva criminalización en el año 1990, eso también sucedió en Alemania y España. Hubo además una declinación en ese indicador mucho después, en los años noventa. El número de tratamientos se elevó continuamente en el período 1984-1997. Solivetti (2001) señala que hay muy poco efecto visible de los diversos cambios, pero esto debe seguir siendo una conclusión tentativa.

MacCoun y Reuter (2001b) examinaron retrospectivamente los efectos de la introducción del sistema de distribución legal *de facto* en los Países Bajos. A partir del año 1976, el gobierno holandés permitió a unos cuantos puntos de venta (incluidos clubes juveniles y cafeterías) vender pequeñas cantidades; esto era mucho más restrictivo que el amplio sistema de distribución que surgió a mediados de los años ochenta. En análisis comparativos de 28 estudios diferentes, MacCoun y Reuter (2001b) concluyeron que esta descriminalización en los Países Bajos tuvo muy pocos efectos sobre el uso de cannabis. A continuación se examinan sus otras conclusiones acerca del funcionamiento posterior del sistema de cafeterías.

11.4.4 Medidas que implican el trato no oficial por la policía sin llegar al arresto

La policía británica desde hace mucho ha aplicado un procedimiento de admonición oficial a la persona detenida, en lugar de arrestarla, cuando se trata de un delito menor. A diferencia de la advertencia, la admonición exige la admisión del delito y se inscribe en los registros policiales. Con variaciones de un lugar a otro, desde hace mucho se ha usado la admonición en lugar del arresto en Inglaterra y Gales para delitos menores de posesión de cannabis. Una creciente proporción de las detenciones policiales vinculadas con el cannabis adoptó la forma de admoniciones; mientras que en el año 1985 las admoniciones representaban alrededor de 12% del total de sanciones por delitos relacionados con las drogas, para el año 1997 el porcentaje era de alrededor de 50% (Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act del año 1971, 2000, p. 30). En el año 2004, el gobierno británico reclasificó el cannabis, que de droga Clase B pasó a ser droga Clase C (lo cual disminuye las posibles sanciones) en la legislación nacional para el control de drogas, si bien una cláusula específica en esa clasificación del año 2004 permitía a la policía hacer un arresto, algo que no sucedía con ninguna otra droga Clase C; en el año 2008, el gobierno decidió, contra la opinión profesional, volver a la clasificación anterior. No hay un estudio completo de los efectos de la reclasificación del año 2004 sobre el uso de cannabis, la cual redujo las sanciones penales por posesión. Las cifras de la Encuesta Británica del Delito muestran que el uso de cannabis comenzó a disminuir alrededor del año 1998, mucho antes del cambio. Según la medición del uso en los 12 meses anteriores, se redujo a partir de ese momento (Nicholas et al., 2007) de aproximadamente 10,5% en las personas de 16 a 59 años de edad en los cinco años anteriores al cambio, a 8,2% en los años 2006-2007, y de 26% a 20,9% entre los jóvenes de 16 a 24 años de edad. Los contactos con la policía por uso de cannabis aumentaron de 88.263 en los años 2004-2005 a 130.406 en los años 2006-2007. Nicholas y sus colegas (2007) observan que esto puede reflejar el mayor uso de advertencias para el cannabis, más que cambios reales en la incidencia de su uso. El estímulo oficial para que la policía aplicara medidas distintas del arresto parece haber dado como resultado una “ampliación de la red”, como en la experiencia en Australia Meridional.

Es posible que las admoniciones emitidas por los oficiales de policía desempeñaran una función en bajar el consumo, si bien el porcentaje de usuarios de cannabis con un contacto con la policía relacionado con la droga en el lapso de un año permaneció por debajo de 5%.

11.4.5 Remisión a un programa obligatorio educativo o de tratamiento

En el año 2001, Portugal excluyó de la ley penal la posesión y el uso personal de todas las drogas controladas, pero mantuvo su ilegalidad oficial como delitos. En cambio, estableció un sistema de remisión de los transgresores a Comisiones para la Disuasión de Toxicomanías (CDT) y se ofreció tratamiento a todas las personas identificadas con problemas de uso de drogas. La policía remite a los transgresores a la CDT (un grupo de tres personas: un profesional médico, un trabajador social y un asesor jurídico) con la obligación de presentarse en las siguientes 72 horas. Aparte del tratamiento, la CDT también puede imponer sanciones tales como multas, servicios comunitarios y la prohibición de concurrir a determinados lugares (Hughes y Stevens, 2007).

En entrevistas con informantes clave, Hughes y Stevens (2007) encontraron que había habido dificultades en la operación de las CDT y las opiniones diferían en cuanto a cómo se debía modificar el sistema. La asistencia para recibir tratamiento por problemas de heroína había disminuido, mientras que había aumentado para el tratamiento de problemas de cannabis. Entre los años 1999 y 2003, se había producido una caída de 59% en las defunciones vinculadas con las drogas y una reducción de 17% en las notificaciones de casos nuevos de infección por el VIH relacionados con drogas. Entretanto, el uso de cannabis informado entre jóvenes portugueses de 16 años de edad en la encuesta escolar ESPAD había aumentado de 9,4% en el año 1999 a 15,1% en el año 2003. No obstante, el uso de cannabis también había aumentado en las encuestas ESPAD efectuadas en otros países del sur de Europa (específicamente en España e Italia) en este período, sin que hubiera habido un cambio en la ley como en Portugal. La medida en que la reforma tuvo efectos en el comportamiento de uso de drogas no está entonces clara. Un estudio más reciente realizado por Greenwald (2009) usando datos hasta el año 2006, concuerda con los resultados informados por Hughes y Stevens (2007).

En California, la Propuesta 36, aprobada en el año 2000 mediante la iniciativa de un referéndum, estipuló que delincuentes no violentos relacionados con las drogas y no elegibles podían, en su primero o segundo arresto, evitar el encarcelamiento y recibir en cambio una sentencia de libertad condicional al completar un programa autorizado de tratamiento de la toxicomanía; 30% de esos delincuentes no se presentaron para el tratamiento y muchos otros no lo completaban, pero no se les imponía ninguna sanción por no hacerlo (Kleiman, 2009). La medida es entonces una medida de remisión posterior a la condena, con el efecto de despenalizar a aquellos que cumplan debidamente con los requisitos. Otros estados han implementado programas similares en espíritu, comenzando con la Propuesta 200 de Arizona en el año 1996.

El informe final del programa de evaluación de la Propuesta (Integrated Substance Abuse Programs, 2007) indica que, en el cuarto año de la Propuesta, 75% de los 48.473 transgresores remitidos conforme a la Propuesta realmente ingresaron al tratamiento y que 32% de quienes habían ingresado el año anterior completaron el tratamiento. Casi la mitad de los tratados recibieron por lo menos 90 días de tratamiento. Las tasas de reincidencia fueron, como se podía esperar, menores entre quienes

completaron el tratamiento, en comparación con quienes no lo completaron. Sin embargo, hubo más nuevos arrestos entre los participantes del programa que en un cohorte equivalente antes de que se aprobara la Propuesta, hecho que el informe indica que probablemente obedeció a una mayor oportunidad de delinquir debido a que los participantes en el programa estuvieron más tiempo en la comunidad. El informe intentó poner a prueba algún efecto de la Propuesta sobre las tendencias en las tasas de delitos en todo el estado y no encontró efectos significativos. No obstante, la potencia estadística fue limitada a causa de las demoras en la disponibilidad de estadísticas delictivas. Otra repercusión de la Propuesta, sugerida por otro estudio, ha sido cierta reducción de los clientes voluntarios en el sistema de tratamiento de toxicomanías, desplazados por el ingreso obligatorio de transgresores que establece la Propuesta (Hser et al., 2007).

Los casos que ingresan en el sistema creado por la Propuesta 36 corresponden a usuarios relativamente experimentados de las drogas. En la práctica, la policía de California no arresta a neófitos atrapados experimentando con cannabis. Las metanfetaminas son las drogas más frecuentemente involucradas. Los análisis de costos que se concentran en los resultados para los mismos transgresores (es decir, que ignoran los posibles efectos secundarios) sugieren que la remisión establecida en la Propuesta 36 da como resultado considerables ahorros presupuestarios (estimados en US\$ 2,50 por cada US\$ 1 invertido), ya que los menores costos de cárcel y prisión compensan el mayor gasto en tratamiento y las tasas más altas de nuevos arrestos (Integrated Substance Abuse Programs, 2007). Desglosando los resultados según los antecedentes anteriores, los resultados son mejores para los transgresores con menos antecedentes penales y mucho menos favorables para quienes tienen cinco o más condenas anteriores.

11.4.6 Cambiar de la prohibición a la legalización total de facto con un mercado controlado

Únicamente las cafeterías holandesas brindan la oportunidad de estudiar el cambio de un régimen que prohíbe el uso o la posesión personales a otro donde no solo se puede usar y tener una droga sino también comprarla. Ya hemos examinado antes la eliminación *de facto* de todas las sanciones por uso personal involucrada en este sistema. No obstante, el sistema se extiende más allá de esto hasta un sistema de venta al menudeo muy reglamentado. El sistema fue creado pragmáticamente como un compromiso entre objetivos conflictivos. Un propósito básico fue separar el mercado de cannabis del mercado de “drogas duras”. Se podría decir, en realidad, que la idea principal era una versión holandesa de la teoría del trampolín. Si se pudieran separar las transacciones de cannabis del mercado de otras drogas controladas, entonces sería mucho menos probable que el cannabis fuera un trampolín para el consumo de otras drogas. La conclusión general es que, con respecto a este objetivo, el sistema ha tenido relativamente éxito. En comparación con Amsterdam, donde solo 15% de los usuarios informaron que podían conseguir otras drogas del mismo proveedor que les surtía el cannabis, aproximadamente la mitad de los usuarios en Bremen y San Francisco señalaron que podían conseguir otras drogas (Borches-Tempel y Kolte, 2002). Sin embargo, la encuesta ESPAD entre jóvenes de 16 años encontró poca diferencia entre los jóvenes alemanes y los holandeses en cuanto a la facilidad con que ellos percibían que podían conseguir diversos tipos de drogas. Por otra parte, porcentajes considerablemente más altos de adolescentes estadounidenses indicaron que sería fácil conseguir otras drogas (Hibell et al., 2004, p. 415). Solo un análisis ha examinado si era más probable que los usuarios de cannabis en los Países Bajos (Amsterdam), en comparación con los de otros países (San Francisco, Estados Unidos de América), avanzaran al uso de drogas más duras. En este análisis

(Reinarman, 2009), se encontró que el uso en toda la vida de otras drogas por usuarios de cannabis era más alto en San Francisco que en Amsterdam. Esto parece sugerir que la “separación de mercados” en el sistema holandés puede influir en el uso de otras drogas por usuarios de cannabis. El estudio tiene el problema habitual de las comparaciones transversales, esta vez con una muestra que incluyó solo tres jurisdicciones. Además, la elección de una ciudad excepcionalmente liberal como San Francisco para representar a los Estados Unidos de América hace que los resultados no sean muy convincentes.

Un objetivo conflictivo fue mantener el sistema holandés tanto como fuera posible dentro de las restricciones establecidas en los tratados internacionales sobre fiscalización de las drogas. Como estos tratados no permiten que ningún empresario privado venda a un mercado no médico y exigen que se penalicen las ventas y el uso, hay dos importantes peculiaridades en el sistema holandés. Ninguna de las acciones involucradas en el mercado de las cafeterías está realmente legalizada. Son simplemente toleradas en la medida en que los actores obedezcan un conjunto de normas muy específicas acerca de las condiciones de venta y uso. El sistema tiene también lo que se conoce como el “problema de la puerta trasera”. Una vez que el cannabis está a la venta en el mostrador de la cafetería, su venta es tolerada (aunque técnicamente no sea legal), pero no existe tolerancia oficial en relación con la forma en que la provisión de drogas llega a la puerta trasera de la cafetería, es decir, en cuanto al cultivo y la distribución. En su forma actual, el sistema necesariamente propicia el delito: alguien tiene que surtir esa provisión de algún modo.

MacCoun y Reuter (2001b) argumentan que, si bien no hubo ningún cambio evidente en el uso al comienzo del sistema, a medida que este creció y se volvió más comercializado en los años noventa el uso de cannabis en los Países Bajos aumentó, en términos del uso en el mes anterior, de 8,5% a 18,5% entre los años 1984-1996. Si bien MacCoun y Reuter señalan que los aumentos de la prevalencia en los Países Bajos a comienzos de los años noventa fueron similares a las tendencias que se observaban entonces en Canadá, Noruega, los Estados Unidos de América y el Reino Unido, alegan que los aumentos anteriores a comienzos de los años noventa fueron característicos de los Países Bajos y pueden ser el resultado de un desplazamiento a un régimen más comercial y accesible. Otros investigadores (por ejemplo, Korf, 2002) han refutado esta interpretación y dan más importancia al período posterior. Vale la pena notar que, a pesar del acceso relativamente fácil al cannabis que los holandeses (mayores de 17 años) han tenido desde hace dos decenios, la prevalencia del uso sigue estando en un nivel medio entre los valores observados en los países europeos.

11.5 Conclusiones

Como se sintetiza en el anexo al final de este libro, la mayoría de las intervenciones encaminadas a disuadir del uso de drogas y reducir los costos sociales de tratar a los usuarios de drogas en el sistema de justicia penal muestran una modesta efectividad, pero la cantidad de investigaciones ha sido mínima y la base de datos se concentra en solo unos cuantos países.

Las evaluaciones parecen bastante homogéneas en el caso del cannabis. No existe ningún caso bien definido en el cual una reducción en cuanto a la forma o la aplicación de la prohibición del uso o la posesión diera como resultado un cambio sustancial en el consumo de la droga. Existen varios casos en los que no hubo ninguna modificación mensurable en el consumo generada por un cambio de ese tipo

en la política. En relación con otras drogas, Kleiman (2009) ha comprobado el poder de las sanciones para reducir el uso de drogas duras (principalmente anfetaminas) en el entorno inusualmente controlado que proporciona el sistema de justicia penal. En el sistema más abierto de la sociedad en general, las reducciones de las sanciones para las drogas duras nunca han sido evaluadas en un estudio convincente de gran calidad, lo cual deja a la ciencia en una posición neutral en cuanto a sus efectos.

Por supuesto, los trabajos evaluadores que hemos estado considerando se refieren a un conjunto restringido de sociedades, todas las cuales son relativamente prósperas y abiertas. En esas sociedades, existen límites culturales e ideológicos para una rectoría y vigilancia centralizadas del comportamiento personal. En consecuencia, los resultados de los estudios de evaluación podrían no ser aplicables a la prohibición y el castigo por posesión y uso en una sociedad aldeana cerrada, por ejemplo, donde el comportamiento de los jóvenes puede ser vigilado muy de cerca. El trabajo de Kleiman (2009) parece indicar que, aun en las sociedades abiertas, existen subsistemas estrictamente controlados, como el sistema de libertad condicional, donde pueden ser muy efectivas las sanciones por uso de drogas.

Tampoco es probable que las conclusiones aquí sugeridas para el cannabis se apliquen, por ejemplo, al uso o posesión de opio en China en los años cincuenta, cuando el consumo de opio podía ser considerado un producto del imperialismo extranjero y daba las órdenes un gobierno con la enorme autoridad moral de haber ganado una revolución. En esas circunstancias, prohibir la posesión y el uso era evidentemente muy efectivas (Yungming, 2000). La modificación de la política hacia las drogas formó parte de un cambio social mucho más amplio.

Hay que destacar otras tres limitaciones de la investigación. En primer lugar, como ya se mencionó, el cannabis es la principal droga sobre la cual existe un conjunto importante de datos acerca de los efectos de las modificaciones del régimen jurídico. Si bien es con mucho la droga ilícita más ampliamente usada, no es considerada una fuente principal de perjuicios sociales y para la salud, en comparación con la cocaína o la heroína. Además, las modalidades de uso del cannabis son muy diferentes en muchos aspectos. En segundo lugar, los análisis se ocupan básicamente de una mayor tolerancia, más que de un endurecimiento de la ley. Por consiguiente, es preciso ser cautelosos en cuanto a generalizar los resultados a otras drogas y a los efectos de hacer considerablemente más estricta la aplicación de la ley. Por último, las reducciones de las sanciones por uso de cannabis por definición se produjeron después de un período de sanciones más rigurosas, que todavía pueden seguir influyendo en los valores y las normas de comportamiento después de que se ha modificado la ley.

En las sociedades desarrolladas, ciertamente hay ejemplos de modificaciones del comportamiento impuestas en forma centralizada, aun con respecto a las sustancias psicoactivas. Son ejemplos en nuestra época las reducciones de las tasas de personas que beben y conducen y de fumadores. El caso de beber y conducir es especial porque la medida restrictiva no ha consistido en declarar ilegal beber sino, más bien, en declarar ilegal combinar la bebida con un comportamiento específico. Una cosa que hay que destacar acerca de comportamientos como beber y conducir o fumar es que los efectos de los cambios de la política impuesta en forma centralizada son muy lentos. Tienden a tomar decenios, no semanas, y son reforzados por modificaciones en el sentimiento popular (a las cuales a su vez refuerzan).

Una característica notable de las sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales en las sociedades desarrolladas son las oleadas en el transcurso del tiempo, como ya se mencionó en el capítulo 3. Una droga particular o una particular forma de droga se ponen de moda en una determinada cohorte de jóvenes. A menudo deja de estar de moda para la próxima generación de jóvenes, que adopta otra práctica. Detrás de las oleadas de uso vienen oleadas de reacciones sociales al uso. Las prohibiciones de la posesión y el uso son introducidas como parte de la reacción social. Al menos en el caso del cannabis, no está claro que estas reacciones post hoc hayan sido lo suficientemente poderosas para superar la fuerza inherente de esas oleadas sociales del uso.

Son principalmente los usuarios masivos y problemáticos quienes son enviados a los sistemas de tratamiento de adicciones, como los de Portugal y la Propuesta 36 de California. Una implicación clara de estos resultados es que la policía es muy selectiva en cuanto a quienes arresta. Caulkins y Sevigny (2005) han mostrado que la mayoría de las personas encarceladas en los Estados Unidos de América por posesión de hecho estaban involucradas en el tráfico de drogas u otros delitos. Desde esta perspectiva, reducir las tasas de uso de drogas tal vez no sea el objetivo principal en la aplicación de las leyes contra la posesión o el uso de sustancias controladas.

12. Reglamentos para la prescripción y otras medidas encaminadas a controlar el uso indebido de psicofármacos

12.1 Introducción

Como se examinó en el capítulo 6, muchas de las sustancias psicoactivas de las que se ocupa este libro pueden producir beneficios terapéuticos. La mayoría de ellas se pueden obtener legalmente para propósitos medicinales debido a su gran valor terapéutico, pero también son atractivas para los usuarios de drogas ilegales y pueden causar grandes daños. Los reglamentos para la prescripción constituyen la principal estructura de control mediante las cuales se ponen legalmente estas sustancias a disposición de los consumidores en el mundo moderno. En consecuencia, es importante que los encargados de las políticas conozcan las consecuencias, tanto positivas como negativas, que implica permitir que se fabrique una droga en gran cantidad y luego se la venda bajo prescripción médica.

Las sustancias legales controladas a menudo se usan como sustitutas de las que son por completo ilegales y en ocasiones son sus complementos. Los usuarios de heroína pueden escoger consumir muchos tipos de opiáceos legales, como la morfina, si estos son más fáciles de obtener y ya no se consigue con facilidad la heroína. Si el sistema de prescripción se vuelve demasiado laxo, como sucedió con opioides de venta con receta (principalmente el **OxyContin**) en los Estados Unidos de América en los años noventa, puede producirse una epidemia de problemas vinculados con las drogas en una población que tiene poco o ningún contacto terapéutico con el sistema médico. Además, lo que comienza como un aumento del abuso de drogas de venta con receta puede convertirse en un nuevo mercado para drogas robadas o producidas ilegalmente y llevar también a un incremento de los robos. Se han documentado grandes cantidades de robos de opioides de venta con receta, incluso antes de que lleguen a las farmacias en los Estados Unidos de América (Joranson y Wilson, 2005), que consti-

tuyen parte de la provisión para el uso indebido de opiáceos de venta con receta. También se usan otros métodos para desviar productos farmacéuticos de las fuentes legales hacia el mercado ilegal y/o personas que no son los destinatarios previstos (Inciardi et al., 2007), como el robo o la venta a otras personas de medicamentos obtenidos dentro del sistema de prescripción. Además de la desviación, el “uso no médico” también incluye la no observancia, que es el uso no dirigido de un medicamento recetado que hace la persona a quien se le recetó (Larance, 2008), como acumular dosis, tomar más que las recomendadas o administrar el medicamento por una vía no especificada (por ejemplo, aspiración, inyección).

En el capítulo 3 presentamos datos sobre lo que se sabe acerca de la prevalencia del uso no médico de drogas de venta con receta y en el capítulo 6 examinamos estudios de cómo las drogas de venta con receta son desviadas del mercado legal para usos ilícitos. En ciertos países prósperos, en particular los Estados Unidos de América y Canadá, las estimaciones de la prevalencia del uso no médico de opioides legalmente disponibles solo bajo prescripción médica son comparables a las de la heroína o las superan (Compton y Volkow, 2006; Fischer et al., 2006). Las drogas que se recetan en los países ricos, pero que están sujetas a reglamentaciones menos rigurosas o mínimas en naciones más pobres, también pueden ser un componente importante del uso indebido de drogas en algunas de estas naciones, pero la falta de capacidad de vigilancia en muchos países en desarrollo hace difícil documentar este fenómeno.

El propósito de este capítulo es examinar en qué medida los reglamentos para la prescripción cumplen su función de permitir que las sustancias psicoactivas sean consumidas para propósitos aprobados, es decir, médicos, y al mismo tiempo impedir que sean usadas para otros propósitos no aprobados. El capítulo no evalúa la idoneidad del proceso de aprobación que lleva a definir el “propósito aprobado” de una droga, tema sobre el cual discrepan las naciones y los expertos. Sin embargo, sí destaca el equilibrio entre las restricciones estrictas encaminadas a reducir el riesgo de desviación y uso inapropiado, por una parte y, por otra, la disponibilidad de esas drogas para el uso médico apropiado. Como se mencionó en el capítulo 6, en muchos países en desarrollo el equilibrio ha sido alterado y esto afecta a la disponibilidad de las drogas para uso médico.

El capítulo comienza con una descripción del sistema de prescripción que ahora opera en los países desarrollados y luego examina los instrumentos reguladores que pueden influir en las prácticas de prescripción. Se concentra en un conjunto relativamente nuevo de estudios que evalúan esas intervenciones en términos de cómo afectan al consumo de drogas y a la salud de los pacientes. Como la bibliografía específica sobre drogas psicoactivas no es muy amplia, el examen se basa en estudios de otros tipos de drogas de venta con receta con el fin de aclarar cómo diversas intervenciones influyen en el comportamiento de prescripción y en el correspondiente uso indebido de drogas. Los datos provienen predominantemente de Europa y el mundo anglosajón (Australia, Canadá, el Reino Unido y, sobre todo, los Estados Unidos de América), pero pensamos que los problemas e intervenciones tienen un campo de aplicación mucho más amplio. En la parte final del capítulo, examinamos la fiscalización de psicofármacos con mecanismos distintos de los reglamentos para la prescripción, como las medidas para controlar la comercialización fraudulenta y reducir la desviación mediante la aplicación de la ley.

12.2 El sistema de prescripción

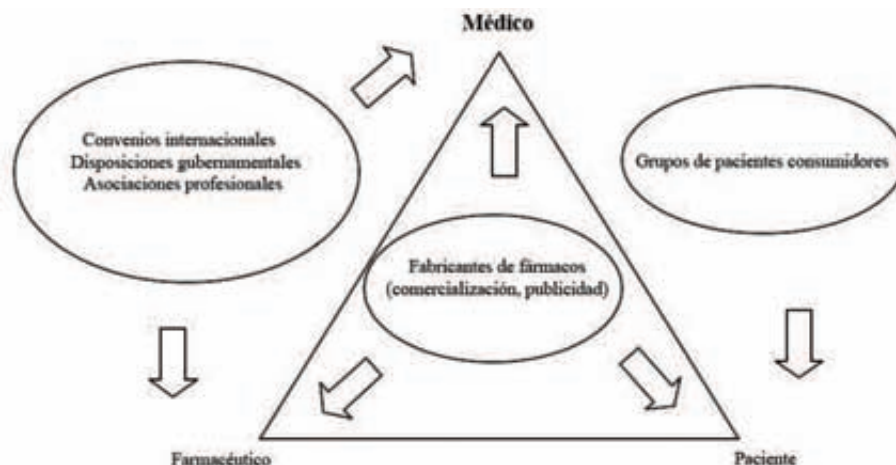
La prescripción es una instrucción por escrito o registrada en otra forma, expedida por un médico titulado u otro trabajador de salud autorizado, que es dispensada por un farmacéutico titulado o su equivalente. Si bien las prescripciones pueden ser suministradas en otras circunstancias, no ocuparemos básicamente aquí de las prescripciones que deben ser obligatoriamente escritas por un médico, es decir, aquellas en las que el farmacéutico no puede dispensar la sustancia en forma independiente y el cliente/paciente no puede obtener la sustancia sin una receta.

Este triángulo básico constituido por el médico, el farmacéutico y el cliente/paciente puede estar rodeado de otras complicaciones, que dependen de la sustancia particular que se recete. En general, en todo sistema de prescripción estas complicaciones adicionales son mayores cuando se trata de sustancias sometidas a fiscalización internacional.

La existencia de un sistema básico de prescripción es algo que se da por sentado en los **convenios internacionales sobre drogas**. En el Convenio del año 1961, los estados que lo ratificaron se comprometieron a “requerir recetas médicas para proveer o dispensar las drogas a las personas”. Si bien la función del farmacéutico no es mencionada en el Convenio mismo, de hecho se la menciona en el comentario oficial (United Nations, 1973). El Convenio del año 1971 sí hace referencia a los “farmacéuticos y otros distribuidores al menudeo autorizados”.

Como se ilustra en la figura 12.1, una serie de grupos influyentes rodean la transacción triangular entre el médico, el farmacéutico y el paciente. Esos grupos incluyen asociaciones profesionales que representan los intereses de médicos y farmacéuticos y, a veces, también grupos que actúan en representación de los consumidores/pacientes. Como expresan en forma explícita los convenios internacionales, el gobierno está esencialmente involucrado y establece las condiciones básicas del triángulo, a menudo también con un interés fiscal en el costo de la transacción. Otra clase importante de actores es la constituida por fabricantes, distribuidores y promotores de las sustancias prescritas, que en los últimos años ha incluido las empresas de publicidad comercial que se ocupan de la comercialización directa al consumidor.

Figura 12.1 El triángulo integrado por el médico, el farmacéutico y el paciente y los grupos que influyen en él



12.3 Breve historia de los reglamentos para la prescripción

Si bien se lo da por sentado en las sociedades desarrolladas, el sistema de prescripción tal como lo hemos especificado tiene menos de un siglo de antigüedad como sistema obligatorio o, incluso, como modalidad normativa de la práctica. En Gran Bretaña, antes del año 1913 ya existían recetas en el sentido moderno, pero tenían relativamente poca importancia. En cambio, había dos sistemas en gran medida separados para el suministro de medicamentos. Quienes podían pagar a un médico, recibían sus medicinas directamente de él (Berridge y Edwards, 1981). Entretanto, los pobres adquirían medicamentos a los farmacéuticos o boticarios sin una prescripción médica. La Ley Nacional del Seguro del año 1912, con disposiciones acerca de prestaciones médicas que entraron en vigor en el año 1913, subsidiaba el suministro de medicamentos a los pobres, pero, como medida para limitar los costos, especificaba el requisito de que debía haber una prescripción de un médico para que el farmacéutico dispensara el medicamento. En el lapso de un año, se triplicó el número de recetas despachadas por los farmacéuticos (Anderson, 2006).

En los Estados Unidos de América, la gobernanza del sistema de salud fue por mucho tiempo una cuestión de los estados y los requisitos acerca de la prescripción variaron de un estado a otro. Si bien la Ley Harrison sobre Estupefacientes del año 1814 introdujo un requisito federal de exigir una prescripción para las preparaciones basadas en el opio o la cocaína (Crellin, 2004), esta exigencia persistió durante algunos años como una excepción anómala. El reglamento nacional general para la prescripción fue el resultado no previsto de las disposiciones adoptadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos para aplicar la ley federal sobre alimentos, medicamentos y cosméticos del año 1938.

En otras partes del mundo, el triángulo del sistema de prescripción es un requisito legal aun más reciente. Kim y sus colegas (2004) describen como Corea del Sur, en concordancia con el sistema tradicional de la medicina oriental, hasta julio del año 2000 permitía a médicos y farmacéuticos hacer diagnósticos y proporcionar medicamentos a pacientes ambulatorios.

Como en los Estados Unidos de América, los opiáceos o la cocaína a menudo fueron el objetivo original de lo que se convirtió en el sistema moderno de prescripción obligatoria. En los Países Bajos, la Ley del año 1865 sobre Preparación de Medicinas dio el primer paso hacia un sistema de prescripción obligatoria al estipular que los opiáceos y algunos otros medicamentos podían ser vendidos únicamente por farmacéuticos y médicos (Gerritsen, 2000). La primera disposición británica acerca de un medicamento dispensado únicamente mediante una receta médica fue adoptada para la cocaína en el año 1916, como una regulación en tiempo de guerra conforme a la Ley de Defensa del Reino (DORA, r.40B; Crellin, 2004). En la Declaración sobre el Opio del año 1905 en Australia, el novato gobierno federal, sin jurisdicción sobre la salud pero usando sus facultades con respecto a aduanas e importaciones, estableció que el opio solo podía ser importado para “uso medicinal” y únicamente por un profesional médico, un mayorista o un químico fabricante, un boticario o un químico farmacéutico (Manderson, 1987).

12.4 Procedimientos de control como alternativas de un sistema de prescripción médica

De manera convencional, los medicamentos se clasifican como de venta con receta o de venta sin receta. En la mayoría de los países desarrollados, si bien por lo general no en los Estados Unidos de América, una tercera opción incluye los medicamentos que no requieren receta médica y que se venden

únicamente en farmacias o por farmacéuticos y se guardan “detrás del mostrador” (Crellin, 2004; Howley, 2005; US General Accounting Office, 1995). En el año 1995, un informe estadounidense examinó los sistemas de otros 10 países desarrollados y encontró que “se habían hecho pocos esfuerzos por comparar metódicamente los sistemas” y tampoco había estudios que hubieran “intentado vincular el tipo de sistema de distribución de fármacos en un país con la frecuencia de las reacciones adversas o [...] la calidad de la atención de salud” (US General Accounting Office, 1995, pp. 20, 23). En años recientes, los Estados Unidos de América ha comenzado a avanzar hacia un sistema de “medicamentos guardados detrás del mostrador” para fármacos específicos, en particular los medicamentos que se pueden usar para la fabricación ilícita de metanfetaminas (Food and Drug Administration, 2006; Dries-Daffner et al., 2007).

Hay entonces una considerable experiencia moderna con el farmacéutico como único guardián de algunos tipos de drogas, como la codeína y otras preparaciones de opiáceos. Esta experiencia sin duda existe tanto en los países desarrollados como en las naciones en desarrollo. Sin embargo, las investigaciones sobre en qué medida y hasta qué punto los farmacéuticos cumplen esta función en el transcurso de su trabajo cotidiano se limitan a los países desarrollados e, incluso allí, no están bien establecidas las respuestas a las preguntas. Sobre la base de una revisión de la bibliografía disponible hasta ese momento y las entrevistas a funcionarios en los países que visitaron, el personal de la Oficina General de Contabilidad era algo escéptico acerca del papel del farmacéutico como asesor y guardián (US General Accounting Office, 1995). Según el informe de la Oficina, los funcionarios pensaban que los farmacéuticos proporcionaban poco o ningún asesoramiento acerca de las drogas que vendían y explicaban esto de varias maneras, como las restricciones de tiempo y la falta de habilidades para asesorar. Por otra parte, está claro que los farmacéuticos desempeñan importantes funciones profesionales y de vigilancia en relación con las sustancias controladas. En una encuesta efectuada en el período 2003-2004 en el sudoeste de Inglaterra, 48% de los farmacéuticos de las comunidades informaron que proporcionaban un servicio de supervisión del consumo de metadona, es decir, no solo dispensaban la metadona sino que también supervisaban su consumo (Britten y Scout, 2006). Una revisión de **ensayos controlados aleatorizados** de servicios de salud prestados por el farmacéutico en la comunidad o a pacientes ambulatorios encontró que en seis de nueve estudios hubo considerables mejoras en el uso de los medicamentos (Roughead et al., 2005). Un estudio en España encontró que ofrecer asesoramiento sin vender el medicamento se asociaba negativamente con largas horas de trabajo y muchos clientes (Caamaño et al., 2006). Evidentemente, las condiciones de trabajo y la organización de la farmacia influyen en que el farmacéutico pueda o no actuar como asesor y guardián.

Otra alternativa del sistema de prescripción se relaciona con la disponibilidad del cannabis como medicamento (“marihuana medicinal”). En los Países Bajos, el cannabis está disponible en el sistema ordinario de prescripción y el gobierno lo suministra (de Jong et al., 2005). En Canadá, un posible usuario de cannabis medicinal debe presentar una solicitud al gobierno con una declaración firmada por un médico, en esencia una prescripción por hasta 12 meses, que especifique el problema de salud (Health Canada, 2009). En los Estados Unidos de América, las autoridades federales se han opuesto enérgicamente a que el cannabis esté disponible como medicamento en el sistema ordinario de prescripción. Como las autoridades federales tienen poder para cancelar la facultad de los médicos

de prescribir opiáceos y otras sustancias controladas cuando recetan en formas que las autoridades no aprueban, los estados que establecen disposiciones acerca de la marihuana medicinal (hay 13 después de la elección de noviembre del año 2008, según el Proyecto de Política sobre la Marihuana (2008)) se han visto obligados a improvisar sistemas alternativos. El primero y más grande de esos sistemas, que también ha servido como modelo para otros estados, está en California. En ese estado, un médico debe firmar la declaración de que la salud del paciente “se beneficiará con la marihuana medicinal” como tratamiento. En nueve estados, el paciente también debe registrarse ante el estado para estar protegido de arrestos; en estos estados, 0,17% de la población está registrado (Marijuana Policy Project, 2008). En California, más de 200.000 personas (es decir, más de 0,5% de la población) tienen una carta de un médico que les da derecho a adquirir cannabis (Samuels, 2008). El cannabis no se vende en las farmacias (la ley federal no lo permitiría) sino por conducto de cientos de establecimientos para ese fin específico. La propietaria de uno de estos establecimientos calculó que 40% de sus clientes sufrían una enfermedad grave, como cáncer, sida, glaucoma, epilepsia y esclerosis múltiple. El resto tiene trastornos tales como ansiedad, insomnio, trastorno de déficit de la atención y diversos dolores (Samuels, 2008).

Está claro que el sistema canadiense, que ha sido criticado como excesivamente burocrático (Sibbald, 2002), atiende a una gama más limitada de pacientes que la del sistema californiano. Sin embargo, no se han explicado los beneficios relativos y las consecuencias adversas de ese sistema de prescripción y del sistema de la carta de un médico aplicado en California.

12.5 Estrategias de control de drogas mediante políticas de prescripción

Nos concentraremos en estudios que evalúan el efecto de los reglamentos y otras intervenciones sobre la prescripción o el suministro de medicamentos. Los estudios de los cambios en los sistemas son valiosos porque esos “**experimentos naturales**” ofrecen algunos de los mejores datos sobre las repercusiones de los reglamentos e intervenciones, mucho más sólidos que las comparaciones transversales o las opiniones de los expertos (véase en el capítulo 7 un examen de los métodos de investigación). Esos estudios se han concentrado en diversos resultados coherentes con la variedad de motivaciones de las políticas. Una perspectiva explora el efecto de los cambios de la política sobre las intoxicaciones y las reacciones adversas a las drogas. Otros estudios investigan un resultado relacionado, pero independiente: el efecto sobre los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Un tercer problema, los efectos crónicos adversos para la salud, a menudo han impulsado a retirar fármacos del mercado y otros cambios de la política, pero no parecen ser incluidos en los estudios sobre los resultados de la política. Un cuarto e importante objetivo de ese tipo de estudios ha sido el efecto en los costos, tanto para las instituciones de seguro de salud (estatales o privadas) como para el paciente. Un conjunto final de resultados se relaciona específicamente con el uso recreativo o los **trastornos debidos al uso de sustancias**: las proporciones o la intensidad del uso en sí y los indicadores de dependencia. En la medida en que la bibliografía lo permite, damos en primer término prioridad a los efectos de la estrategia de la política sobre los daños asociados con el uso de drogas y, en segundo, a los efectos sobre el uso o las prescripciones. También prestamos atención a los efectos secundarios de la política, tanto positivos como negativos.

En las secciones siguientes, analizamos las estrategias de control de la prescripción de fármacos que han sido evaluadas en investigaciones sistemáticas. Hemos organizado las investigaciones en un orden aproximado según el grado de intrusión que representa el cambio de la política, tanto en la libertad de elección del paciente como en la autoridad del médico de ejercer su juicio clínico en interés del paciente. Se examinan ocho estrategias: 1) los cambios en los costos o reembolsos; 2) las restricciones a las ventas sin receta; 3) la disponibilidad de medicamentos de venta sin receta, en comparación con los que requieren una prescripción médica; 4) el asesoramiento autorizado para los médicos; 5) la aplicación de pautas para la prescripción; 6) las restricciones a la prescripción, los registros y la vigilancia de las prescripciones; 7) la lista que limita quienes prescriben o usan los medicamentos a hospitales/clínicas; y 8) el retiro total de la disponibilidad de la prescripción.

Una limitación importante de esta base de investigaciones para los propósitos actuales es que la efectividad de un reglamento o un cambio en el reglamento puede ser muy diferente según las distintas sustancias, especialmente si el medicamento en cuestión es una sustancia psicoactiva y su consumo produce algún placer. Es necesario ser cautelosos al extrapolar a todas las sustancias en general los resultados de estudios que se ocuparon de solo una o unas cuantas sustancias.

12.5.1 Cambios en los costos o reembolsos

A medida que los gobiernos han asumido una creciente responsabilidad por el suministro de medicamentos dentro de los sistemas nacionales de atención de salud, la cuestión de los precios ha pasado a primer plano. Una floreciente literatura sobre la economía de la salud se ocupa de los efectos de distintas estrategias de precios, desde la perspectiva tanto de los gobiernos que buscan mantener bajos los costos como de las empresas farmacéuticas privadas que pretenden aumentar al máximo las utilidades. Esa literatura incluye algunos estudios de los efectos de cambios particulares en los precios o reembolsos.

El fármaco tramadol (Ultram o, cuando está combinado con acetaminofeno, Ultracet o Tramacet) es un opiáceo atípico con una potencia que equivale a alrededor de 10% de la potencia de la morfina. Es una sustancia de venta con receta usada para el dolor crónico en la mayoría de los países, pero no está “incluida en la lista” (es decir, no está sujeta a otras restricciones especiales fuera de la obligatoriedad de una prescripción). En la información para su comercialización se señala un bajo **potencial de abuso**, pero evidentemente el tramadol tiene un potencial de uso recreativo. Las autoridades estadounidenses aprobaron su situación de no incluido en la lista en el año 1995, con la condición de que se estableciera un programa especial para vigilar su posible uso indebido o su desviación del sistema de prescripción (Cicero et al., 2005). En julio del año 2002, aparecieron en el mercado versiones genéricas del fármaco con una reducción de 30% a 40% en el precio. Para el segundo trimestre del año 2003, la introducción del tramadol genérico había reducido las prescripciones para el tramadol de las marcas comerciales a solo 7% del mercado. La introducción del tramadol genérico no produjo ningún efecto en las tasas de uso indebido (menores a 1 por cada 100.000 pacientes) (Cicero et al., 2005).

Un estudio similar (Bailey et al., 2006) investigó la introducción en el mercado estadounidense en el año 2004 de un competidor genérico del medicamento de marca registrada OxyContin, que es la

potente forma farmacéutica de liberación controlada del opiáceo oxicodona. El precio del producto genérico era aproximadamente 15% más bajo que el precio del OxyContin. El estudio no encontró ningún efecto considerable sobre las tasas de prescripción de oxicodona u otros opiáceos incluidos en el estudio (hidrocodona, metadona y morfina).

En un estudio realizado en Sydney, Australia, se examinaron los efectos de eliminar el subsidio gubernamental en las prescripciones para la presentación en gel de la benzodiazepina temazepam (Degenghardt et al., 2008). La forma de gel del fármaco no es para inyección, pero a menudo es usada así por los usuarios de drogas inyectables, con los consiguientes problemas de salud relacionados con la inyección. El cambio produjo una inmediata caída de las prescripciones para la forma de gel y un aumento más o menos correspondiente en las prescripciones para tableras del fármaco, que aun estaban cubiertas por el subsidio gubernamental. No obstante, las tasas de inyección de benzodiazepinas no se modificaron en una encuesta anual de vigilancia de los UDI.

Una **revisión Cochrane** de los precios de referencia como estrategia de pago por un tercero para contener los gastos en fármacos encontró diez estudios, la mayoría sobre pacientes de edad avanzada en Columbia Británica (Aaserud et al., 2006). Los precios de referencia, en los cuales el precio de un medicamento de una categoría se convierte en la norma para el reembolso, produjeron un desplazamiento hacia medicamentos menos costosos con efectos similares. No hubo pruebas de efectos negativos para la salud ni de una mayor utilización de la atención de salud.

La conclusión general a la que podemos llegar a partir de estos estudios es que los médicos prestan cierta atención al precio en la elección de los medicamentos que recetan. La demanda de medicamentos de venta con receta, determinada en parte por los médicos, en parte por los pacientes y en parte por el estado u otro sistema de prestaciones para medicamentos, muestra cierta elasticidad, si bien en ausencia de sustitutos es relativamente bajo el grado de elasticidad. Por otra parte, un reglamento para la prescripción parece atenuar la conexión entre el precio y la demanda para consumo.

12.5.2 Restricciones a las ventas sin receta

Si bien en una serie de países ha habido un considerable esfuerzo por restringir los suministros para la fabricación ilícita de metanfetaminas limitando las ventas sin receta de pseudoefedrina (Sudafed) y otros medicamentos similares (véase, por ejemplo, Food and Drug Administration, 2006), hasta el momento de redactar nuestro trabajo no había aparecido ningún estudio de la efectividad de esas medidas. De hecho, solo unos cuantos estudios han investigado el efecto de imponer restricciones a la venta sin receta de medicamentos. El analgésico paracetamol (acetaminofeno) fue restringido en el Reino Unido (Morgan y Majeed, 2005; Greene et al., 2006) y Canadá (Prior et al., 2004). Los estudios canadienses no encontraron ningún efecto sobre las intoxicaciones, mientras que los estudios británicos encontraron que las restricciones redujeron los ingresos en hospitales por intoxicaciones relacionadas con el fármaco. Debido a los resultados conflictivos relacionados con el mismo medicamento en Canadá y el Reino Unido, sigue sin resolverse el interrogante acerca de la efectividad de restricciones adicionales a la cantidad del medicamento vendida en una sola vez (por ejemplo, mediante la potencia de las píldoras o el número de píldoras en un envase) dentro de la categoría de medicamentos de venta sin receta.

12.5.3 Disponibilidad de medicamentos de venta sin prescripción, en comparación con los que requieren prescripción médica

Una encuesta transversal de la población realizada en Santiago, Chile, a comienzos de los años noventa, examinó el uso de benzodiazepinas de venta con y sin prescripción. Chile tenía una tasa muy alta de consumo de benzodiazepinas (en particular diazepam). En principio, el uso de las benzodiazepinas estaba restringido a la venta con prescripción, pero, en la práctica, “la mayoría de los pacientes van directamente a las farmacias para obtener sus medicamentos sin tener una prescripción del médico” (Busto et al., 1996). De los 471 entrevistados (31%) que habían usado benzodiazepinas en el año anterior, 21% las usaron siguiendo las recomendaciones de familiares o amistades. De los 32 que obtuvieron las benzodiazepinas en una farmacia, 66% no contaron siempre con una prescripción. No fue menos probable que, en comparación con otros usuarios, los consumidores diarios a largo plazo y los que cumplían los criterios de diagnóstico de dependencia de benzodiazepinas contaran con una prescripción. En consecuencia, en una situación en la cual se podían conseguir con facilidad los medicamentos sin recetas, la dependencia o el abuso no se asoció más con los medicamentos sin receta que con los que requerían una prescripción (Busto et al., 1996).

Además del informe chileno, los estudios disponibles (Lundberg e Isacson, 1999; Shih et al., 2002; Choudry y Avorn, 2005; Trygstad et al., 2006; Filion et al., 2007) examinan los medicamentos que un organismo nacional regulador había decidido que eran lo suficientemente seguros para pasarlos a la situación de venta sin receta. En esos medicamentos, parece que el cambio entre la venta con y sin receta no representó mucha diferencia en cuanto a efectos adversos. Esto indica que los organismos habían adoptado decisiones apropiadas en esos casos. De hecho, a menos que el criterio para la decisión de venta con o sin receta sea un riesgo equivalente a cero, el proceso de regulación puede ser indebidamente conservador al mantener medicamentos en la clasificación de venta bajo prescripción médica. La opción entre venta con receta y venta sin receta probablemente afecte las modalidades de uso. Un aspecto importante es establecer si la situación de venta sin receta elimina el medicamento de la cobertura de reembolso. Si es así, el resultado puede ser una tendencia descendente de las ventas que podría contrarrestar la presión ascendente causada por la mayor disponibilidad y facilidad de adquisición que brinda la venta sin receta. Los resultados de un estudio en el Reino Unido (Filion et al., 2007) también insinúan el efecto simbólico de la necesidad de contar con una receta: el público puede llegar a pensar que, si el medicamento no requiere una prescripción, tal vez no sea muy poderoso o eficaz.

12.5.4 Asesoramiento autorizado para los médicos

Las investigaciones de evaluación realizadas en Australia (Weekes et al., 2005; Mandryk et al., 2006) y Notario (Pimlott et al., 2003) indican que aun los métodos educativos relativamente intensivos no cambian fácilmente el comportamiento de prescripción de los médicos. En la campaña australiana, la tarea para lograr que los médicos recetaran antibióticos con menos frecuencia fue particularmente difícil ya que el beneficio del cambio favorecía a la comunidad en general más que al paciente individual. Por otra parte, las campañas educativas en el Reino Unido (Bateman et al., 2003) y los Estados Unidos de América (Morrato y Staffa, 2007) sí generaron modificaciones del comportamiento de prescripción cuando se advirtió a los médicos acerca de un nuevo resultado concerniente al peligro de grave daño orgánico. Sin embargo, el principal cambio parece haber sido la sustitución por otro

medicamento. La experiencia en el Reino Unido con la tioridazina (Bateman et al., 2003) implica la advertencia de que, en esas circunstancias, los médicos pueden cambiar a un medicamento que implica un riesgo de daño incluso mayor.

12.5.5 Aplicación de pautas para la prescripción

En respuesta a las acusaciones de “almacenar” a las personas de edad avanzada en hogares para ancianos, incluido el testimonio en el cual algunos testigos caracterizaron la práctica de usar tranquilizantes como “camisas de fuerza químicas” (Ryan et al., 2002), el Congreso estadounidense inició en el año 1987 una serie de reformas que condujeron a la elaboración de pautas detalladas para la prescripción de medicamentos psicoactivos, como los requisitos de llevar registros detallados y la fiscalización mediante inspecciones periódicas (Stoudemire y Smith, 1996). Se incluyeron una lista de comportamientos (por ejemplo, agitación, deterioro de la memoria y no cooperación) para los cuales se declaraban inapropiados los medicamentos neurolépticos; un calendario para la reducción de las dosis de neurolépticos y benzodiazepinas; una lista de dosis máximas para los antipsicóticos, los hipnóticos y las benzodiazepinas; y reglas para desalentar la prescripción de benzodiazepinas de acción prolongada o dos o más **sustancias psicotrópicas** con la misma acción. Un artículo que examinaba las evaluaciones de la reforma (Snowdon y Roy-Byrne, 1998) señaló que todos los estudios encontraron una reducción del uso de medicamentos antipsicóticos. Esta investigación sugiere que la campaña detallada e intensa para asesorar a los médicos, respaldada por inspecciones periódicas, produjo un cambio sustancial en el comportamiento de prescripción.

12.5.6 Restricciones a la prescripción, registros y vigilancia de las prescripciones

En muchas jurisdicciones, hay una clase separada de sustancias (por lo general medicamentos psicoactivos) que tienen requisitos especiales para su prescripción. El médico y/o el farmacéutico a menudo deben llevar un registro de cada receta, poner ese registro a disposición de los inspectores y/o enviar una copia de la prescripción a un registro central. La mención de “talonarios” de recetas en el Convenio Internacional del año 1961 se refiere a un registro de prescripciones de ese tipo. Los programas que reúnen datos sobre las prescripciones y los envían a una base de datos centralizada para detectar tendencias en la **desviación** y la no observancia son llamados programas de vigilancia de la prescripción.

En los Estados Unidos de América, los programas de prescripciones con numeración seriada y múltiples copias han sido muy impopulares entre los médicos y las empresas farmacéuticas y una coalición de ambos grupos se ha opuesto con éxito a esas restricciones en muchos estados del país (véase, por ejemplo, Dodd, 1993). Algunos médicos consideran que esos programas constituyen una intrusión en la práctica de la medicina porque continuamente recuerdan a los prestadores de los servicios y a los pacientes que se están vigilando las modalidades de prescripción, dispensa y obtención (Simoni-Wastila y Tompkins, 2001), mientras que otros médicos han estado a la vanguardia en la creación de sistemas que hacen posible esa vigilancia (por ejemplo, los registros electrónicos nacionales del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos de América). No obstante, para el año 2006, en 32 estados existían leyes que exigían los programas de vigilancia de la prescripción. Algo más aceptables han sido los sistemas electrónicos de transferencia de datos, que normalmente requieren que los farmacéuticos presenten información sobre las prescripciones y las ventas en un

archivo electrónico enviado a un banco de datos centralizado. Esos sistemas evidentemente son menos visibles para los médicos que los programas que exigen múltiples copias de cada receta. Una encuesta encontró que 59% de los médicos de Massachussets no conocían la existencia del sistema electrónico de transferencia de datos seis años después de que fuera instaurado en el estado, lo que indica que la presencia de esos sistemas puede tener pocos efectos sobre la prescripción (Simoni-Wastila y Tompkins, 2001). Sin embargo, se pueden producir reducciones cuando el estado notifica a los médicos que se están vigilando sus prescripciones a causa de aparentes irregularidades. Por ejemplo, cuando Massachussets emitió una advertencia sobre el uso inapropiado de glutetimida (Doridén, un sedante e hipnótico con un considerable potencial de abuso) a cien profesionales que la habían recetado, en estos médicos el promedio de 50 prescripciones por mes de ese medicamento cayó a cuatro (Simoni-Wastila y Tompkins, 2001).

En los últimos decenios, muchas jurisdicciones introdujeron restricciones a la prescripción de barbitúricos. Estas restricciones se produjeron en un momento en que los médicos, influenciados por los mismos cambios en la forma de pensar de los fiscalizadores, estaban sustituyendo en sus recetas los barbitúricos por otros medicamentos, a menudo benzodiazepinas. No está entonces claro que las restricciones tuvieran un efecto independiente. Un estudio holandés informa que las hospitalizaciones por intoxicaciones por barbitúricos cayeron bruscamente debido a una política más restrictiva de prescripción. Al mismo tiempo, las hospitalizaciones por intoxicaciones con sedantes e hipnóticos también disminuyeron, pero no en el caso de las benzodiazepinas (van Romunde et al., 1992). Asimismo, un anterior estudio australiano señaló que las restricciones a la prescripción de barbitúricos (un límite de 25 tabletas en una sola receta) llevaron a una disminución de 23% en los suicidios relacionados con los fármacos, sin un aumento en los suicidios por otros medios (Oliver y Hetzel, 1972, 1973).

Una serie de estudios han examinado lo que sucede cuando se agrega un fármaco o una clase de fármacos a la lista de registro de prescripciones, lo cual por lo general implica no solo un cambio en el método de prescripción sino también restricciones a la prescripción y una posible investigación y aplicación de la ley. En el año 2001, el Organismo Francés de Fiscalización de las Drogas transfirió el flunitrazepam (Rohipnol, una benzodiazepina) de la situación de fármaco de prescripción ordinaria al reglamento para drogas que producen dependencia, que incluía recetas para no más de 14 días y suministrar cada vez una provisión para no más de siete días. En un seguimiento de 738 pacientes a quienes se había recetado flunitrazepam, a 69% de ellos se les había cambiado la prescripción por la de otro hipnótico. Sin embargo, casi la mitad de los pacientes habían dejado de usar por completo hipnóticos durante el seguimiento de ocho meses (Victorri-Vigneau et al., 2003). Un estudio de la instauración del registro de las recetas de flunitrazepam en Dinamarca encontró que dos años más tarde el consumo del fármaco había disminuido en más de 85% (Hoffmeyer et al., 1999).

En enero del año 2003, el flunitrazepam fue subido un nivel en la lista de sustancias controladas en Noruega. Esto dio como resultado una disminución de más de la mitad de las ventas en el año 2003 (de 7,2 a 3,0 dosis diarias definidas (DDD) por cada 1.000 habitantes). La disminución fue compensada solo en parte por un aumento de las ventas de nitrazepam (de 5,0 a 6,0 DDD). Mientras tanto, entre los años 1999 y 2004 hubo un incremento continuo de las ventas de hipnóticos relacionados con las benzodiazepinas (zopiclona (Imovane, Lunesta) y zolpidem (Ambien, Stilnox), que pueden haber

contrarrestado parte de la disminución de las ventas de flunitrazepam. En agosto del año 2004, una marca de flunitrazepam (Rohipnol) fue retirada del mercado por el fabricante para ceder el lugar a otra marca (Flunipam). Esto tuvo poco efecto sobre las ventas de flunitrazepam (Bramness et al., 2006).

En el año 2003, las autoridades suecas impusieron restricciones a la prescripción de dextropropoxifeno (DXP, Darvón). Para fines del año 2003, las ventas eran 66% más bajas que en el año 1999, si bien la disminución ya había comenzado antes de que se impusieran las restricciones. Jonasson y Jonasson (2004) sugieren que la declinación hubiera sido temporal sin la modificación de la prescripción. Entretanto, aumentaron las ventas de tramadol, que compensaron gran parte la disminución del DXP. Noruega introdujo un cambio similar en la política de prescripción del DXP en el año 1982 y también lo hizo Dinamarca en el año 1998; ambos cambios fueron precedidos de una considerable discusión pública. Un estudio en los países nórdicos de las intoxicaciones mortales entre drogadictos, efectuado antes del cambio de la política en Suecia, pero después de las modificaciones dinamarquesa y noruega, encontró que el DXP era responsable de 20% de las defunciones por intoxicaciones en Suecia y de 13% en Finlandia, pero casi de ninguna defunción en Noruega y Dinamarca, diferencia que los autores atribuyeron a los distintos reglamentos de prescripción (Steentoft et al., 2001). Sin embargo, las tasas por habitante de las intoxicaciones mortales entre los adictos eran mucho más elevadas en Dinamarca y Noruega que en Finlandia o Suecia, y era mucho más probable que fueran causadas por heroína o morfina (o por metadona en Dinamarca). Tal vez las restricciones a la prescripción del DXP en Dinamarca y Noruega canalizaron posibles suicidios hacia el uso de opiáceos, que tienen más probabilidades de ser mortales.

Una serie de estudios han examinado la instauración o modificación de sistemas estatales de prescripciones con múltiples copias en los Estados Unidos de América. Varios estudios se han concentrado en la introducción de un requisito de hacer recetas por triplicado establecido en el estado de Nueva York para los barbitúricos en el año 1981 (Eadie, 1993), y para las benzodiazepinas en enero del año 1989. Un estudio de la prescripción posterior a la hospitalización (con New Jersey como estado testigo) encontró una súbita reducción de 63,5% de las prescripciones de benzodiazepinas, incluida una reducción de 72,5% para los pacientes que habían sufrido ataques cardíacos y una reducción de 69,4% para los pacientes con cáncer. Si bien hubo un incremento de las prescripciones de sustitutos, no contrarrestaron las reducciones (Wagner et al., 2003). Se han informado algunos contrastes notables entre Nueva York y el resto del país (Weintraub et al., 1993) de las tendencias de la prescripción de meprobamato (un aumento de 125% en Nueva York, en contraste con una reducción de 9% en el resto del país), buspirona (un aumento de 116%, en contraste con un aumento de 23%), hidrato de cloral (un aumento de 136%, en contraste con ningún cambio) y fluoxetina (un aumento de 142%, en contraste con un aumento de 110%). En opinión de Weintraub y sus colegas (1993), se puede ver que los medicamentos recetados para reemplazar las benzodiazepinas tienen importantes desventajas. Otro estudio de las modalidades de prescripción en instituciones para asistencia prolongada también encontraron una espectacular disminución de las benzodiazepinas: se retiró el tratamiento con ese fármaco a 22% de los usuarios, pero más de la mitad de ellos recibieron otro tratamiento que incluía antidepresivos tricíclicos y antipsicóticos. No se observó un cambio significativo en el riesgo de que los pacientes sufrieran caídas u hospitalizaciones por otras razones, si bien hubo una tendencia a una reducción de las caídas (Zullich et al., 1992). Los estudios realizados en otras partes de los Estados

Unidos de América (Bishop y Vlasty, 1993) encontraron disminuciones de menciones de sobredosis o defunciones cuando se agregaron medicamentos específicos a los registros por triplicado de las recetas en los años ochenta. El cambio a las recetas por triplicado también afectó a los precios de las drogas en el mercado ilegal, que aumentaron desde un 50% para el lorazepam (Ativan) a más de 500% para el alprazolam (Xanax) (Eadie, 1993).

Está claro que los sistemas de registro de las prescripciones, junto con las limitaciones a la dosis y la duración de una receta generalmente asociadas con esos sistemas, afectan en forma considerable al comportamiento de prescripción de los médicos. Como subraya una serie de estudios, el resultado a menudo puede ser no tanto una reducción en las prescripciones como una sustitución del medicamento recetado por sustancias que no están tan controladas. En el caso de los barbitúricos, el cambio resultante de su inclusión en los sistemas de registro de prescripciones evidentemente redujo las defunciones relacionadas con el fármaco. Resta determinar si este beneficio se produjo tan completa y rápidamente en jurisdicciones que no hicieron el cambio en la reglamentación. En el caso de las benzodiazepinas, el efecto de la inclusión en sistemas de registros de las prescripciones es mucho más cuestionable en términos de los acontecimientos adversos relacionados con el medicamento ya que a menudo fue sustituida por fármacos con peores antecedentes. En el caso de los opioides, hay algunos datos de los Estados Unidos de América y Canadá que indican que los programas de vigilancia de la prescripción tienen efectos imprevistos en las actitudes y las prácticas de los médicos en relación con la prescripción de medicamentos (véase el recuadro 12.1), que es preciso tener en cuenta al evaluar la efectividad de esos programas.

Recuadro 12.1 Los opioides, los programas de vigilancia de la prescripción y sus consecuencias imprevistas

En los Estados Unidos de América, los programas de vigilancia de la prescripción han sido institucionalizados en más de la mitad de los estados desde que se estableció el primero de esos programas hace un siglo. Los programas buscan vigilar el suministro de opioides de venta con receta y aplicar las disposiciones a los proveedores cuando se producen transgresiones (Fishman et al., 2004). Los programas para los opioides pueden tener por los menos tres efectos nocivos imprevistos.

1. El tratamiento menos eficaz del dolor

- Los programas de vigilancia de la prescripción que en potencia tienen consecuencias punitivas graves para quienes prescriben opioides afectan negativamente la disponibilidad y la aplicación del mejor tratamiento analgésico para los pacientes que sufren dolores. Varios estudios efectuados en los años noventa documentaron que esos programas llevaron a los médicos a reducir las dosis de los fármacos, recetar un fármaco alternativo de una lista menos controlada o evitar recetar opioides a pacientes con dolores crónicos “debido a su preocupación por un escrutinio excesivamente estricto de los fiscalizadores” (Fishman et al., 2004, p. 317).

2. Los efectos de la sustitución para quienes prescriben

- A medida que disminuye la prescripción del fármaco en cuestión, las recetas de medicamentos alternativos (vigilados en forma menos restrictiva) pueden aumentar. Esos

Recuadro 12.1 (continuación)

medicamentos alternativos con frecuencia no son óptimos desde el punto de vista terapéutico, tienen más probabilidades de ser tóxicos y un igual o mayor potencial de abuso (Fishman et al., 2004). La introducción de programas de vigilancia de la prescripción de benzodiazepinas en el estado de Nueva York a fines de los años ochenta (Hoffman et al., 1991) parece haber desencadenado un desplazamiento considerable hacia la prescripción de sedantes e hipnóticos que no contienen benzodiazepinas y cambios concomitantes en las sobredosis vinculadas con las respectivas categorías de drogas.

3. Efectos de la sustitución en los usuarios de drogas

- Un problema adicional actualmente no abordado en forma empírica es determinar si se producen efectos de la sustitución en usuarios indebidos de opioides de venta con receta (por ejemplo, usuarios callejeros) cuando disminuye la disponibilidad de opioides desviados del sistema de prescripción. Una situación de ese tipo podría, por ejemplo, conducir a usos más nocivos de drogas alternativas o crear mercados negros más volátiles. Ha habido algunas pruebas en estudios de poblaciones de usuarios callejeros de opioides de que el uso de opioides de venta con receta en lugar de heroína puede generar beneficios para la salud pública, como la reducción de las inyecciones o los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas (Fischer et al. 2008; Havens et al., 2007).
- Los programas de vigilancia de la prescripción afectan al suministro, la accesibilidad y la disponibilidad de opioides de venta con receta, con consecuencias tanto positivas como negativas para el bienestar. Es imposible determinar si las ventajas de esos programas superan o no sus considerables “daños colaterales” (Burgués, 2006; Simoni-Wastila y Tompkins, 2001).

12.5.7 Lista que limita quienes prescriben o usan los medicamentos en los hospitales/clínicas

Otro método para restringir el riesgo de desviación de los medicamentos consiste en limitar el número (y la categoría) de las personas que pueden prescribir un medicamento. Esto puede ser considerado como una versión más enérgica de la restricción de que un determinado medicamento tiene que ser recetado por un médico (en contraste con los fármacos que pueden ser adquiridos directamente en una farmacia).

El tramadol (Ultram) es un opiáceo atípico disponible mediante prescripción en la mayoría de los países. En el año 1998, se convirtió en el cuarto analgésico inyectable introducido en el mercado iraní. El Centro Iraní de Farmacovigilancia (CIF), también establecido en el año 1998, reunió y analizó informes sobre reacciones adversas causadas por el tramadol entre abril del año 2002 y febrero del año 2005. Hubo 337 informes de ese tipo que describían 939 reacciones adversas; las más comunes eran náuseas, vómitos y vértigo, pero también hubo algunas reacciones graves. La mayoría de los informes (81%) se referían a la inyección intramuscular de tramadol. En agosto del año 2003, después de la evaluación de 67 reacciones adversas, el CIF envió una carta a los profesionales de la salud con 12 pautas para reducir los efectos adversos, que abarcaban la velocidad de la inyección, la

dosis y las precauciones relacionadas con características del paciente tales como la edad y trastornos concurrentes. Dos meses más tarde, la autoridad fiscalizadora de los medicamentos limitó la distribución del tramadol inyectable solo a hospitales y redujo la potencia del tramadol inyectable a la mitad (de 100 mg a 50 mg). El análisis de las reacciones adversas por trimestre reveló que estas habían aumentado con rapidez de ocho en el invierno del año 2003 a 76 en el otoño del año 2003 y luego habían caído con la misma rapidez a 19 en la primavera del año 2004, cifra que más o menos se mantuvo en los tres trimestres posteriores (Gholami et al., 2007). En consecuencia, se consideró que el sistema de vigilancia de reacciones adversas y la pronta medida reguladora fueron efectivas para reducir las reacciones adversas causadas por el fármaco.

Hay otros ejemplos anteriores, como la terminación total de una epidemia breve pero profusa de uso indebido de ampollas de metilamfetaminas en Londres en los años 1968-1969, las cuales eran recetadas (dentro del marco jurídico, pero en forma inconveniente) por un pequeño número de médicos para ser dispensadas en las farmacias de la comunidad (Hawks et al., 1969). A partir de un comienzo de prácticamente cero en el año anterior, un pequeño número de médicos particulares independientes comenzaron a recetar cantidades masivas. En un mes del año 1968, un solo médico prescribió 24.000 ampollas a 110 personas (Spear, 1975; Power, 1994). Esta epidemia desapareció con rapidez después de la acción coordinada por el Departamento de Salud, en colaboración con la industria farmacéutica/ los proveedores y los farmacéuticos. La industria se autoaplicó una prohibición en octubre del año 1968 sobre el suministro de existencias farmacéuticas a farmacias de la comunidad, con lo cual reservó el abastecimiento a los hospitales para un uso médico legítimo muy limitado y, de ese modo, interrumpió la oferta que causaba el problema (Mitcheson et al., 1976). Una ventaja particular de esta medida no oficial fue que podía ser concebida y aplicada con mucha mayor rapidez que cualquier otra modificación oficial de la ley.

Otro ejemplo de restricción de las posibilidades de desviación mediante la limitación de la facultad de prescribir es el caso de la prescripción de la heroína en el Reino Unido. En contraste con el resto del mundo, el Reino Unido siempre ha permitido a los médicos recetar heroína por razones presumiblemente legítimas desde el punto de vista médico (como el alivio del dolor intenso, la asistencia a pacientes terminales y el tratamiento del dolor de origen cardíaco). Sin embargo, después del año 1968 la facultad de recetar heroína explícitamente para el tratamiento de la dependencia de drogas fue restringida a un pequeño número de unos 100 médicos, casi todos ellos especialistas en adicciones en hospitales. En el Reino Unido, los médicos todavía tienen la facultad de recetar heroína para trastornos de carácter general, pero no para el tratamiento de la dependencia, y también pueden prescribir otros medicamentos opiáceos, como la metadona, para el tratamiento de la dependencia. Esta legislación crea un marco en el cual la prescripción de heroína está en realidad fiscalizada por una combinación de procedimientos legislativos y la influencia de los colegas. La legislación restringe la facultad de recetar a un pequeño número de médicos con más conocimientos y experiencia, y luego la influencia de los colegas guía el uso cauteloso de esa facultad. El resultado final es un uso muy cauteloso de esta facultad de recetar heroína, que lleva a que un total de solo 200 pacientes sean tratados con heroína (por esos 100 médicos especialmente autorizados) por su dependencia de opioides (para un panorama de esta práctica, véase Strang y Gossop, 2005).

Limitar el número de quienes recetan puede ser una forma eficaz para reducir la cantidad de prescripciones de un fármaco. Si bien hay pocas pruebas de esto, se puede esperar que los médicos que ya no pueden prescribir el fármaco receten un sustituto. Además, cuando se ha establecido una demanda considerable de una sustancia psicoactiva, el mercado ilícito puede absorber al menos parte de la carencia.

Restricciones a la administración de medicamentos analgésicos y de sustitución de opiáceos

Ya hemos señalado un cambio en la política relacionado con un opiáceo, la heroína, que implicaba restringir la lista de quienes prescriben. Las restricciones de la prescripción a un subconjunto de médicos o al empleo en clínicas, a menudo combinadas con otras medidas, también son frecuentes para otras terapias de sustitución de opiáceos. Abordamos aquí esas restricciones, si bien también intervienen otras medidas de control. Un estudio que comparó los resultados del mantenimiento con metadona en el consultorio de un médico de atención primaria y en una clínica encontró que había una mejor observancia y una mayor satisfacción del paciente en el tratamiento en el consultorio (Fiellin et al., 2001), sin diferencias importantes en el estado funcional o el uso de otros servicios sociales, jurídicos o de salud.

Una revisión efectuada por la **Organización Mundial de la Salud** de las pautas de 28 asociaciones nacionales o profesionales sobre el mantenimiento con opiáceos o el tratamiento antagonista (Uchtenhagen et al., 2007) encontró que 19 de ellas incluían normas jurídicas sobre quién podía prescribir o quién podía ser aceptado como paciente. Las disposiciones sobre los tratamientos establecían (se indica entre paréntesis el número de pautas que mencionan la disposición):

- la clínica debe ser autorizada (8);
- solo en clínicas estatales (1);
- solo en instituciones de atención de salud (1);
- los médicos que prescriben deben estar inscritos en un registro central (2);
- los médicos que prescriben deben tener autorización para ejercer la psiquiatría (1);
- la autorización otorgada al médico para prescribir se limita a 6 meses (1);
- se permite a los médicos prescribir a un máximo de 20 pacientes (1);
- los pacientes deben estar inscritos en un registro central (9);
- el registro central será accesible solo para el médico que realiza el tratamiento (1);
- los pacientes necesitan una autorización individual otorgada por la autoridad o comisión de salud (3).

Además de influir en el comportamiento de quienes prescriben, las medidas que restringen el acceso al mantenimiento con opiáceos buscan lograr que los pacientes observen un régimen específico de tratamiento. En el caso de la metadona, generalmente se entrega la dosis diariamente, a menudo diluída con agua o un jugo, para el consumo inmediato por vía oral. Se puede permitir que los pacientes se lleven una o unas cuantas dosis por vez. Esto implica ciertos riesgos, como la inyección de metadona dispensada en una forma no inyectable.

La desviación de medicamentos de sustitución de opiáceos se produce por diversas razones, como las posibles utilidades obtenidas con la venta, el deseo de usar el fármaco en una forma no terapéutica y como un posible respaldo cuando no se consiguen drogas obtenidas ilegalmente. Por esta última razón, no toda desviación debe ser considerada perjudicial. Por ejemplo, si una persona que se inyecta habitualmente heroína desviara metadona oral para evitar síntomas agudos de abstinencia el día en que no puede conseguir la heroína, tanto el usuario como la sociedad podrían beneficiarse. Sin embargo, en la mayoría de los casos la desviación tiene un potencial de daño grave (por ejemplo, la sobredosis por el usuario o un comprador ingenuo del fármaco), un derroche de recursos económicos y la posibilidad de deslegitimar los esfuerzos por proporcionar terapia de sustitución de opiáceos en una comunidad o sociedad.

Hay múltiples estrategias que permiten reducir el riesgo de desviación. Una de ellas consiste en modificar la formulación del medicamento. Esto puede ser mediante un cambio físico, por ejemplo, cambiando la presentación del fármaco a una forma que no pueda ser fácilmente inyectada. De ese modo, las cápsulas de temazepam fueron reformuladas en el Reino Unido para convertirlas en una cápsula con gel más sólido (Drake et al., 1991) después de que las anteriores cápsulas llenas de líquido comenzaron a ser usadas ampliamente por vías endovenosa. No obstante, finalmente esto fue considerado una respuesta insuficiente y se incluyó el temazepam en una lista más restringida (Fountain et al., 1999). El cambio también puede ser farmacéutico, por ejemplo, incluir **naloxona** en preparaciones con diversos opioides, más recientemente con buprenorfina, para impedir el uso indebido mediante inyección, ya que la naloxona es en gran medida ineficaz cuando se ingiere, pero previene el efecto de los opioides o tiene un efecto muy aversivo (para quienes ya tienen opioides en su sistema) cuando es inyectada (Fudula et al., 1998). Las estrategias comunes que no han sido ensayadas de manera oficial incluyen hacer pruebas con muestras de orina para detectar opiáceos y el uso ilegal, y observar directamente la ingestión del medicamento usado como terapia de sustitución. Si bien sería difícil demostrarlo en una investigación, la mayoría de las experiencias clínicas indican que una relación respetuosa y de mutua confianza entre el personal de salud y los pacientes también puede reducir la desviación de medicamentos.

A nivel internacional, existe una considerable variabilidad en los reglamentos sobre el suministro de medicamentos tales como la metadona y los requisitos que se exigen a los clientes/pacientes. En consecuencia, si bien la mayoría de los países han instaurado sistemas para la supervisión de la administración de metadona (al menos durante las primeras etapas del tratamiento), hay algunos países o regiones donde no existen esos requisitos reguladores. En Australia Occidental, en los años setenta y comienzos de los ochenta a menudo se administraba metadona como un medicamento que el paciente podía llevarse y existía un problema mayor del previsto de muertes por sobredosis de opiáceos. Como resultado, se introdujo un nuevo sistema de consumo supervisado de la metadona y las cifras anuales de sobredosis de opiáceos cayeron notablemente (Swensen, 1988). Dinamarca tuvo una experiencia similar con procedimientos poco rigurosos de control de la disponibilidad de metadona antes del año 1996, que llevaron a altas tasas de sobredosis. Una vez que se aplicó un control más estricto, Dinamarca es ahora uno de los cinco países nórdicos que experimenta una reducción de las muertes por sobredosis, si bien la metadona todavía era responsable de 41% de las defunciones por sobredosis en Dinamarca en el año 2002 (Steentoft et al., 2006). Más recientemente, el Reino

Unido ha tomado conciencia del considerable número de muertes por sobredosis en las cuales desempeñó una función la metadona (Hall et al., 2000a). Muchas de esas defunciones se han producido en personas que no son los pacientes a quienes se recetó la metadona (Neeleman y Farrell, 1997). Por consiguiente, a partir de fines de los años noventa se ha instado a los médicos a estipular que se entregue cada vez únicamente la dosis de metadona requerida para un solo día. La proporción de prescripciones de metadona en toda Inglaterra para las cuales se estipuló la “entrega diaria” se elevó de 38% en el año 1995 a 60% para el año 2005. Además, se han introducido nuevos sistemas para la supervisión de la administración de metadona, de tal suerte que el consumo supervisado fue una característica de 36% del total de prescripciones de metadona en Inglaterra en el año 2005, en comparación con 10% diez años antes (Strang et al., 1996, 2007).

El riesgo de desviación también puede ser controlado mediante las decisiones que toma la sociedad en cuanto a las formas y cantidades de medicamentos para la terapia de sustitución que ofrece. La teoría económica básica enseña que es más probable la desviación de sustancias que tienen un alto valor en el mercado negro. En consecuencia, la heroína implica un riesgo elevado de desviación; el riesgo que representa la buprenorfina, combinada con un antagonista opiáceo, es mucho menor. Un estudio efectuado en el Reino Unido encontró que 37% de las personas con tratamiento de mantenimiento con heroína informaron que desviaban parte de la droga al mercado negro (mencionado en MacCoun y Reuter, 2001a); como sucede con otros casos en que los entrevistados mismos informan su comportamiento delictivo, es probable que ese porcentaje sea una subestimación. Sin embargo, el mismo texto señala que en un estudio estrechamente vigilado del tratamiento de sustitución con heroína en 800 pacientes en Suiza, en el cual se exigía el consumo en el sitio (el estudio fue descrito en el capítulo 9), la desviación al mercado ilegal no fue un problema.

Ritter y Di Natale (2005) compararon las pautas para la administración de metadona que podía ser llevada por el paciente en los seis estados australianos y las correlacionaron con las tasas de inyección de metadona informadas en una encuesta anual entre usuarios de drogas inyectables. Los estados con las políticas más restrictivas en cuanto a que los pacientes pudieran llevarse el fármaco (Victoria y Australia Occidental) tuvieron las tasas más bajas de inyección de metadona, si bien la relación no parecía “tan directa como a veces se sugiere”. El grado de dilución de la metadona dispensada no tuvo una relación sencilla con la tasa de inyección del fármaco.

Un estudio (Manchikanti et al., 2006b) evaluó los efectos de los procedimientos de vigilancia en un centro de tratamiento del dolor en Kentucky, que asistía a los pacientes con dosis estables de opiáceos como parte del tratamiento del dolor crónico. Los pacientes (n = 500) firmaron un acuerdo que permitía al centro ponerse en contacto con farmacias y médicos y realizar tamizajes aleatorios para detectar la droga y recuentos de las píldoras. Los términos del acuerdo eran revisados periódicamente con el paciente y se proporcionaba educación continua a los pacientes. Si bien el uso indebido de drogas (visitar a varios médicos para obtener múltiples prescripciones o el tráfico de drogas) había sido de 17,8% en una cohorte anterior de 500 casos de tratamiento del dolor, en esta cohorte la tasa cayó a 9%. No obstante, 8,6% de los pacientes elegibles se rehusaron a participar en el estudio, lo cual implica la posibilidad de que hubo poco cambio en la tasa de uso indebido de drogas en la cohorte completa de 566 pacientes.

Aun cuando este tipo de intervención está en la jurisdicción médica, hay sorprendentemente pocos datos de la influencia de las normas y procedimientos clínicos en los acontecimientos adversos o la observancia de los pacientes.

12.5.8 El retiro total de la disponibilidad para la prescripción

En los reglamentos sobre prescripción en general, no es raro “el retiro de medicamentos por razones de seguridad”. Un estudio de esos retiros, efectuados por 31 autoridades nacionales de la Unión Europea entre los años 1960 y 1999, encontró que los retiros fueron más frecuentes en los años ochenta y noventa, en comparación con los años anteriores (Fung et al., 2001). De los 121 retiros encontrados en la bibliografía en inglés, 42% correspondieron a uno o más mercados europeos únicamente, 5%, a América del Norte únicamente y la mitad, a mercados de múltiples continentes. En términos de categorías terapéuticas, las sustancias psicoactivas fueron bastante comunes: 31,4% de los retiros fueron de agentes que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC), 4,1%, de estimulantes del SNC, 7,4%, de antidepresivos y 4,1%, de barbitúricos. En el resumen de las cuestiones de seguridad que llevaron a esos retiros, se puso en general énfasis en las relaciones tóxicas y la carcinogenicidad. En solo ocho fármacos (uno de ellos un esteroide) se señalaron preocupaciones por “autointoxicaciones”, “abuso” “uso indebido y abuso”, “uso que no sigue las indicaciones del prospecto” o “estimulación del SNC”.

Cuatro de los fármacos retirados de la prescripción correspondieron a barbitúricos en Noruega. Un estudio encontró que las sobredosis de barbitúricos disminuyeron después del retiro. No obstante, el mismo estudio informó que aumentaron considerablemente las autointoxicaciones con antidepresivos y neurolépticos (Ekeberg et al., 1987). Después de los informes de defunciones causadas por el zomepirac, un antiinflamatorio no esteroideo (también descrito como un analgésico no opioide), el retiro del fármaco dio como resultado la prescripción de sustitutos, no solo otros antiinflamatorios no esteroideos sino también otros analgésicos, incluidos barbitúricos (Ross-Degnan et al., 1993). El estudio subrayó la necesidad de ponderar las aparentes ganancias para la seguridad del paciente producidas por el retiro de un medicamento en comparación con los riesgos generados por los medicamentos que probablemente sustituyan al fármaco retirado.

En el año 2004, autoridades del Reino Unido retiraron del mercado el co-proxamol (Darvocet), una combinación ampliamente recetada de dextropropoxifeno (Darvón) y paracetamol (acetaminofeno; Tyfenol), después de una revisión (Simkin et al., 2005) y el examen de diversas opciones. La consideración básica al retirar el co-proxamol en el Reino Unido fue la elevada tasa de suicidios vinculados con el fármaco, que representaron 18% del total de suicidios con drogas. Se comparó el beneficio de la medida con la incierta efectividad de la combinación como calmante del dolor. A pesar de una tendencia a una menor prescripción, en el año 2003 casi 10% de los pacientes de edad avanzada de una muestra de 131 consultorios generales todavía recibían recetas del fármaco, lo cual indicaba la necesidad de una medida política, y esta fue la principal diferencia en una comparación entre los Países Bajos y el Reino Unido de la prescripción inadecuada a adultos de edad avanzada (De Wilde et al., 2007).

En el año 2004, insatisfechas con los resultados del retiro del subsidio gubernamental a las cápsulas con gel de temazapán (examinados antes), las autoridades australianas retiraron por completo del mercado las cápsulas con gel. Hubo otro aumento en las prescripciones privadas (no subsidiadas) de la presentación en tabletas. Sin embargo, la proporción de usuarios de drogas inyectables que infor-

maron el uso de benzodiazepinas declinó bruscamente, si bien no cambió la proporción general que usaba benzodiazepinas en cualquier presentación (Degenhardt et al., 2008).

No hay duda de que retirar un fármaco del mercado legal reduce el número de prescripciones para ese fármaco. La respuesta más frecuente de los médicos es recetar o recomendar otra cosa. Estos estudios de las repercusiones muestran que los fiscalizadores deben pensar en las consecuencias de los probables medicamentos sustitutos y evaluar si son mejores o peores en cuanto a los riesgos que el fármaco que se retira. Si se procede a retirar el fármaco, sería conveniente tratar de influir en la elección del sustituto.

12.6 Otras intervenciones para controlar la oferta y la demanda de psicofármacos

Hasta ahora, este capítulo se ha concentrado en el uso de reglamentos sobre la prescripción para evitar la desviación de psicofármacos y prevenir la no observancia de su uso médicamente apropiado. Sin embargo, como se señala en la figura 12.1, hay otros tipos de intervenciones que han sido consideradas o aplicadas en el contexto de la relación triangular entre el médico, el paciente y el farmacéutico. Estos métodos incluyen trazar el perfil de los pacientes para prevenir que visiten a varios médicos con el fin de obtener múltiples recetas o recurran a otros tipos de abuso, establecer leyes dirigidas a los pacientes/consumidores y los médicos, tratar a los pacientes con dependencia de fármacos de venta con receta y establecer procedimientos de control del sistema que vigilen y regulen la provisión de psicofármacos.

12.6.1 Trazado del perfil de los pacientes para prevenir que visiten a varios médicos con el fin de obtener múltiples recetas y cometan otros abusos

El perfil de los pacientes que probablemente harán un uso indebido de psicofármacos puede ser empleado como forma de alertar a los médicos y farmacéuticos para que sean más cautos al diagnosticar, prescribir y dispensar. Con el fin de prevenir el uso indebido de opioides, por ejemplo, se ha prestado creciente atención a los pacientes real o posiblemente expuestos al riesgo de adicción, en especial en el contexto del tratamiento del dolor, y cómo deben ser tratados en forma apropiada (Michna et al., 2004; Ziegler, 2005; Ives et al., 2006; Manchikanti et al., 2006b). Esto incluye una gran variedad de procedimientos de tamizaje y listas de verificación de los indicadores de los síntomas de predisposición al abuso, que reflejan el ánimo predominante de adoptar una actitud de “cautela universal” o de gestión omnipresente del riesgo, como una prioridad antepuesta a las necesidades terapéuticas en las intervenciones (Gourlay et al., 2005). Este método puede llevar a que se niegue, se reduzca o se termine el tratamiento en los casos que presentan importantes indicadores del riesgo.

En el contexto de los opioides que requieren una prescripción en la práctica médica, un método de determinación del perfil del paciente supone que existen dos grupos diferentes. En el primero, el paciente es presentado como una persona “con dolor, sincera y confiable”, mientras que en el segundo, se describe al paciente como alguien “sin dolor, deshonesto, que desvía y/o hace uso indebido de sus medicamentos” (Hurwitz, 2005, p. 158). En la práctica clínica real, las cosas no están tan bien demarcadas. Las sintomatologías del dolor y la dependencia (de opioides) se traslapan en forma muy marcada o interactúan en muchos usuarios de opioides. Por ejemplo, muchas trayectorias en el avance del uso ilícito crónico de opioides incluyen antecedentes de problemas de dolor crónico, en los cuales el tratamiento intensivo con analgésicos opioides genera la tolerancia o la dependencia de opioides

ilegales. Otra trayectoria comienza con el tratamiento médico ineficaz del dolor persistente, que conduce al uso ilegal de opioides como una forma de automedicación (Chabal et al., 1997; Khantzian, 1997; Rosenblum et al., 2003). Existen pruebas biológicas de que el consumo crónico de opioides puede causar un aumento de la sensibilidad al dolor, lo cual lleva a una mayor necesidad de opioides (Streltzer, 2005). No se ha realizado ninguna investigación para evaluar la efectividad de trazar el perfil del paciente como una forma de prevenir que este visite a varios médicos para obtener múltiples recetas.

12.6.2 Leyes que se aplican a los pacientes/consumidores y los médicos

Como se analizó anteriormente en el capítulo 11, una reacción común al uso indebido de drogas es penalizar a los usuarios de drogas ilegales. En el caso de los medicamentos que requieren prescripción médica, algunas jurisdicciones legislan contra una amplia gama de transgresiones con el propósito de evitar lo que se define como un comportamiento inadecuado del paciente. En Florida, por ejemplo, es ilegal visitar a varios médicos y obtener sus prescripciones, transgresión que se define como: 1) no decir al médico que, en los 30 días anteriores, ya se obtuvo una receta para el mismo trastorno; 2) estar en posesión de un formulario en blanco para prescripción (si no es médico ni trabaja para uno); 3) usar una falsa declaración, un subterfugio o un engaño para obtener una prescripción; o 4) tener un medicamento controlado sin una receta o que está en un envase que no es el envase en que fue originalmente dispensado (Palm Beach County Sheriff's Office, 2001). Hay muy poca bibliografía que aborde la efectividad de estas leyes.

La comunidad médica subraya que la participación de los médicos en la desviación de opioides de venta con receta es rara. Por ejemplo, menos de 0,1% de los médicos registrados ante la Agencia de Control de Drogas de los Estados Unidos de América fueron investigados en el año 2001 y fue aun más pequeña la proporción de aquellos que se hicieron acreedores a una medida reguladora o punitiva (Zacny et al., 2003). Las autoridades fiscalizadoras señalan que las disminuciones considerables del suministro de sustancias controladas después de la introducción de los programas de vigilancia de la prescripción habían reducido la desviación y, por lo tanto, son “la única medición directa del éxito del programa” (Fishman et al., 2004, p. 317).

12.6.3 Procedimientos de control del sistema que permiten vigilar y regular el suministro de psicofármacos

Si bien es escasa la bibliografía sobre la efectividad de los procedimientos de control de la producción y distribución de psicofármacos, se han dedicado considerables esfuerzos a establecer una cadena de suministro impermeable a la desviación y falsificación de esos medicamentos. A nivel internacional, los tres convenios internacionales sobre las drogas (véase el capítulo 13) y sus órganos ejecutores han promovido los procedimientos de control del sistema para las sustancias psicoactivas y sus precursores. Se han incorporado procedimientos auxiliares de control del suministro en los convenios, como las disposiciones sobre registro, etiquetado y notificación entre los países que envían y los que reciben los fármacos. Si bien las disposiciones de los convenios fueron adoptadas en la época en que se llevaban los registros en forma manual, la disponibilidad de la comunicación y registros electrónicos aumentó la posibilidad de vigilancia y “exploración de los datos” como técnica de fiscalización. Actualmente, se está implementando un sistema de localización y seguimiento mediante radiofrecuencias que produce un historial continuo de la custodia de los lotes (Laven, 2006).

Otro método para regular el suministro de psicofármacos consiste en desalentar la demanda de esos medicamentos. En el caso de los fármacos de venta con receta, esto incluye prohibir o restringir no solo la publicidad o la promoción dirigidas a los posibles consumidores sino también la promoción orientada a quienes prescriben los medicamentos. Las estrategias de venta de psicofármacos abarcan una serie de procedimientos diseñados para influir en el comportamiento de prescripción de los médicos, como la distribución de muestras gratuitas, la contratación de científicos clínicos para dar conferencias, los subsidios a la educación médica continua y ágapes y obsequios ofrecidos a los médicos. A pesar de que la mayoría de los médicos piensan que no son afectados por la influencia de la comercialización, hay pruebas crecientes de que esas actividades afectan al comportamiento de prescripción en formas que favorecen un determinado fármaco y el número de prescripciones escritas (Kassirer, 2005; Brennan, 2006). Si bien hay pocos ejemplos específicos de la promoción de psicofármacos, no hay motivos para esperar que las actividades de promoción de la industria difieran para este tipo de medicamentos. Otros autores (Kassirer, 2005) han señalado una participación más indirecta de la industria en el proceso de evaluar y aprobar productos farmacéuticos. Las investigaciones sugieren que los extensos contactos de las empresas farmacéuticas con los científicos dedicados a la investigación clínica pueden afectar a la objetividad de estos últimos al informar los resultados de los ensayos clínicos y la seguridad del paciente puede verse comprometida cuando una investigación con sesgos conduce a la aprobación de fármacos que posteriormente resultan nocivos (Kassirer, 2005; Brennan, 2006). Se han ideado tres estrategias para minimizar los conflictos de intereses: la revelación de información, la prohibición y la gestión de conflictos (Resnik, 2007). La revelación de información se refiere a la práctica de informar a las partes pertinentes acerca de los intereses de los científicos, económicos o de otro tipo, en empresas que podrían beneficiarse con el uso de un determinado fármaco. La prohibición implica prevenir o eliminar el conflicto. La gestión de conflictos se refiere a políticas o procedimientos que exigen la supervisión o revisión de una situación conflictiva por una tercera parte independiente. Hay pocos datos que indiquen si estas estrategias son o no efectivas para prevenir conflictos de intereses y proteger a los pacientes de la influencia de las prácticas agresivas de comercialización. En el año 2009, la industria farmacéutica estadounidense acordó una moratoria voluntaria de la distribución de artículos promocionales tales como lapiceras y camisetas con marcas impresas para promover la prescripción de sus productos (Singer, 2008). Será interesante ver si esta limitación de una forma de promoción dirigida a los médicos tiene efectos mensurables en las prácticas de prescripción.

12.7 Conclusiones

Hay una extraordinaria variación en los países en cuanto a la disponibilidad de medicamentos psicoactivos que requieren prescripción médica. Por ejemplo la relación entre el consumo per cápita de opioides en los Estados Unidos de América y en Japón fue superior a 50:1 en los años 2002-2004 (INCB, 2006b); las principales cantidades de consumo de opioides en Japón realmente han disminuido en forma sustancial desde el año 2000, en contraste con las tendencias completamente opuestas en los Estados Unidos de América. Como se señaló en el capítulo 6, los países en desarrollo tienen tasas extraordinariamente bajas de consumo de medicamentos psicoactivos de venta con receta, tema al cual volveremos en el siguiente capítulo. Nuestra concentración en datos de unas cuantas naciones occidentales desarrolladas refleja el hecho de que el problema de uso indebido de fármacos de venta con receta se encuentra básicamente en esos países, pero puede muy bien propagarse a otros como Brasil, China e India a medida que se vuelvan más prósperos.

Desde el punto de vista de la autonomía profesional, los fármacos psicoactivos han sido tal vez el peor cáliz envenenado para los farmacéuticos y los médicos. Por una parte, nada ilustra tan bien el poder sobre la vida y la muerte inherente a los misterios de cada profesión como la custodia y el control que tienen sobre los estupefacientes. Por otra, los estupefacientes y las sustancias psicoactivas han sido una y otra vez el territorio en el cual los estados modernos, acicateados unas veces por los temores populares a las drogas y otras por el sistema internacional de fiscalización, han restringido la autonomía profesional y han instaurado sistemas de vigilancia, investigación y enjuiciamiento de profesionales.

Si examinamos los resultados de los estudios de los impactos de las políticas sobre los sistemas de prescripción desde la perspectiva de la salud pública, ¿a qué conclusión llegamos? El anexo al final de este libro sintetiza las estrategias analizadas en este capítulo en términos de las pruebas de su efectividad y el apoyo de la investigación. De las 13 estrategias consideradas, en siete hay pruebas de su efectividad, en una, pruebas de su ineficacia, y el resto no ha sido evaluado sistemáticamente. Los puntos siguientes sintetizan nuestros resultados:

- Los cambios en el costo de los medicamentos afectan a su demanda cuando el medicamento puede ser adquirido directamente por los consumidores. No obstante, los programas de reembolso por el costo de los medicamentos influye en esta relación. La demanda de un medicamento incluido en un sistema de reembolso por una tercera parte es menos sensible a los precios. La demanda de un medicamento no incluido en el sistema de reembolso, si cuenta con un posible sustituto que está incluido en el sistema, probablemente será muy sensible a los precios. Cuando se requiere una prescripción para un medicamento, es probable que la demanda sea menos afectada por el precio. El precio es en potencia un mecanismo para canalizar la demanda entre dos medicamentos que son sustitutos el uno del otro, trasladando la demanda de un medicamento con más consecuencias adversas a una alternativa menos peligrosa. Sin embargo, no hay ningún ejemplo de estudio de las repercusiones observadas cuando se ha usado este mecanismo.
- Los datos acerca de los efectos de las restricciones al tamaño del envase y el lugar de venta sobre las ventas de medicamentos que no requieren prescripción médica son mixtos. Tampoco se dispone de mucha información acerca de los efectos de restringir las ventas de esos medicamentos a ventas de medicamentos guardados “detrás del mostrador” o dispensados únicamente por el farmacéutico. Esta es un área que requiere más investigación, en particular en lo concerniente a preparaciones psicoactivas como los medicamentos anti-tusígenos que contienen codeína, cuando esas restricciones son aplicadas ampliamente. En el contexto de las sociedades en desarrollo, también sería útil explorar los resultados de extender la venta exclusivamente por el farmacéutico a una gama más amplia de sustancias controladas.
- Al menos en el caso de los medicamentos con una limitada actividad psicoactiva, el hecho de que un fármaco sea o no de venta con receta parece no representar una diferencia muy grande en cuanto a los efectos adversos. La cuestión del reembolso o no reembolso por una tercera parte probablemente tenga más efecto sobre las modalidades de uso que el hecho de que se requiera una prescripción.
- El asesoramiento autorizado para los médicos sobre la prescripción, en ausencia de la fiscalización, parece tener un efecto limitado a menos que el asesoramiento se refiera a un grave efecto secundario nuevo y se puedan recetar medicamentos alternativos.

- Las pautas para la prescripción impuestas mediante inspecciones periódicas de los registros y entornos clínicos pueden cambiar notablemente las modalidades de prescripción. No obstante, los estudios que confirman esta observación surgieron en circunstancias de una crisis percibida en la cual se estaban implementando una serie de otros cambios en el sistema.
- El traslado de un medicamento sujeto a prescripción médica a un registro especial de la prescripción, conjuntamente con pautas que limiten las recetas, por lo general provoca una caída sustancial de las prescripciones de ese fármaco. El efecto parece originarse en parte en la dificultad adicional que implica una prescripción registrada y en parte en el efecto disuasivo de la amenaza de sanciones para el médico. Sin embargo, gran parte de las prescripciones serán reemplazadas por otras de medicamentos sustitutos menos controlados. Si los medicamentos sustitutos son menos nocivos, el resultado es una clara ganancia desde la perspectiva de la salud pública; si los fármacos sustitutos son más nocivos, el cambio causa una pérdida neta para la salud pública.
- Restringir la prescripción a un grupo limitado de médicos o a la dispensa en hospitales o clínicas parece ser una forma eficaz de reducir el uso bajo receta de un medicamento. Como se podría esperar, retirar un fármaco del mercado tiene un efecto aun mayor sobre el uso bajo receta. Nuevamente, en estas dos estrategias el problema que es preciso investigar caso por caso es el efecto neto para la salud pública de las prescripciones de fármacos sustitutos que se harán, incluyendo la posibilidad de una demanda no satisfecha de tratamiento.
- Excepto por los procedimientos de control de la distribución de opioides en el contexto del tratamiento de sustitución de opioides, como el mantenimiento con metadona, hay pocas pruebas de que métodos auxiliares relacionados con los reglamentos de prescripción sean efectivas. Esto no quiere decir que el trazado del perfil del paciente, la fiscalización, el tratamiento para quienes se vuelven dependientes de medicamentos de venta con receta y los procedimientos de control del sistema no sean efectivos. Más bien, es un testimonio de la carencia general de investigaciones de evaluación de intervenciones en potencia costosas, y de la dificultad de realizar esas investigaciones.

El debate sobre las intervenciones para prevenir el uso indebido de opioides de venta con receta se ha concentrado en los procedimientos de control dirigidos a los proveedores médicos (por ejemplo, los médicos que hacen las recetas), en especial la aplicación de normas que rigen cuándo, cómo y a quién se prescribe. Esto en gran medida implica que el uso tanto legítimo como ilegítimo de opioides de venta con receta puede ser claramente delineado y que el uso indebido se produce principalmente entre personas que obtienen los fármacos directamente del sistema. No se tiene en cuenta la borrosa línea que separa el uso del uso indebido, como sucede, por ejemplo, en el caso de personas que desarrollaron dependencia de opioides en el transcurso del tratamiento del dolor y ahora se autome-dican para este trastorno mediante su propio uso indebido después de terminado el tratamiento médico. Ciertamente, gran parte del uso indebido de analgésicos opioides es atribuible al uso recreativo y callejero, apoyado indirectamente por redes personales, sociales o delictivas, más que directamente por el sistema médico (Joranson y Gilson, 2006).

Los reglamentos para la prescripción se han convertido en la principal forma en que las sustancias psicoactivas sujetas a convenios internacionales están disponibles para el consumo legal. La justifi-

cación de esto es que, si bien las sustancias son útiles desde el punto de vista médico, son demasiado atractivas o peligrosas para permitir su disponibilidad para el uso con otros propósitos. En los últimos decenios se ha producido un ascenso de los medicamentos fiscalizados y el grado de control.

No obstante, los propósitos para los cuales se usan las sustancias psicoactivas en el mundo moderno son realmente diversos e incluyen, por ejemplo, permanecer despierto y alerta, mejorar el desempeño psicológico o físico, dormir mejor, mantener mejores relaciones sexuales e intensificar la percepción sensorial. Restringir la disponibilidad al reglamento para la prescripción significa que esos usos son medicalizados o ilegítimos. El resultado ha sido una muy amplia medicalización de las actividades y estados de la vida cotidiana. Una consecuencia de esto, dado que el estado por lo general paga los medicamentos recetados cuando existe atención de salud financiada por el estado, es la mayor presión en las finanzas estatales para pagar todos los medicamentos recetados. Por supuesto, la ilegitimidad del uso no recetado también impone al estado costos de fiscalización.

Sección IV

Política de drogas y cuestiones sistémicas a nivel nacional e internacional

13. La política y el control de drogas a nivel internacional

13.1 Introducción: la gran expansión del uso de sustancias psicoactivas

En sus etapas iniciales, el esfuerzo por controlar las drogas en el plano internacional estaba dirigido a limitar el alcance y los efectos de imperios coloniales (Carstairs, 2005). Las sustancias psicoactivas fueron un factor aglutinante en el período de expansión colonial que abarcó desde aproximadamente 1500 hasta fines del siglo XIX (Courtwright, 2001; Jankoviak y Bradburd, 2003). Desde el punto de vista de quienes buscaban crear mercados y dependencia del comercio, las sustancias psicoactivas eran una opción evidente; una vez que se ha generado la demanda de esas sustancias, se sostiene por sus propios medios. En consecuencia, las sustancias psicoactivas se convirtieron en un artículo preferido del cual obtener ingresos para el estado, ya sea con impuestos indirectos o mediante un monopolio manejado o subcontratado por el estado. En particular, los monopolios del opio constituyeron una importante fuente de ingresos para las potencias coloniales en Asia (véase, por ejemplo, Munn, 2000).

Con el propósito de financiar sus imperios, los estados europeos no tuvieron escrúpulos en cuanto a abrir mercados para sus mercancías psicoactivas. El más notorio de esos casos fueron las Guerras del Opio entre Gran Bretaña y China entre los años 1839 y 1842 y entre los años 1856 y 1860, para forzar la apertura del mercado chino al opio de la India (Courtwright, 2001). Determinadas sustancias psicoactivas a menudo se asociaron con la dominación colonial y el rechazo de esas sustancias fue a veces una forma de insurrección o resistencia, como sucedió con el opio en la China del siglo XX (Yongming, 2000).

La globalización generada por la era de imperios europeos y la Revolución Industrial modificaron las circunstancias de la disponibilidad de sustancias psicoactivas y las condiciones de vida de muchos pueblos. El opio de China pasó de ser ingerido principalmente como una medicina a ser fumado por placer (Edwards, 2005). Cuando la producción de sustancias psicoactivas había sido limitada por temporadas malas, la mano de obra o los excedentes de cultivos, siempre se disponía de un surtido de esas sustancias para quienes contaran con dinero en la economía de mercado. La disponibilidad de esas sustancias aumentó notablemente a medida que se desarrolló el mercado mundial e imperial. Los hábitos de consumo intensivo que antes solo habían sido posibles para los ricos estuvieron al alcance de los pobres.

13.2 El comienzo de la fiscalización internacional: limitar la explotación colonial e imperial basada en las drogas

En la última parte del período colonial, creció la oposición al fomento y el abastecimiento de sustancias psicoactivas a nivel internacional. Esto reflejaba en parte las actividades de los movimientos contra el alcoholismo en los países europeos metropolitanos, en particular Gran Bretaña y los Estados Unidos de América (véase, por ejemplo, Tyrrell, 1991). En parte, también reflejaba los movimientos autóctonos en los pueblos colonizados (véanse, por ejemplo, Mills, 1985; Fahey y Manian, 2005). En el derecho internacional, la primera expresión del impulso para limitar el comercio internacional de sustancias psicoactivas fue la Ley General de Bruselas del año 1889, que estipulaba que, después del año 1901, en grandes regiones de África las bebidas destiladas estarían prohibidas para la “población

nativa” o tendrían un mínimo impuesto al consumo (Pan, 1975). Las disposiciones de la Ley General fueron confirmadas por el Tratado de St. Germain-en-Laye (1919), uno de los tratados que concluyeron la Primera Guerra Mundial. Estos tratados internacionales de fiscalización del alcohol nunca fueron particularmente efectivos (Bruun et al., 1975) y gradualmente cayeron en desuso, si bien todavía a comienzos de los años cincuenta existía cierta preocupación en los funcionarios públicos británicos por la posibilidad de contravenirlos (Willis, 2002).

A fines del siglo XIX, los partidarios de los movimientos contra el alcoholismo que buscaban limitar la explotación de las poblaciones nativas mediante las sustancias psicoactivas volvieron su atención al opio. El principal contexto político del problema del opio fue la larga lucha entre el gobierno británico y el chino por la comercialización del opio en China; los Estados Unidos de América finalmente desempeñó un papel activo en el combate contra el comercio del opio. Una Conferencia sobre el Opio, convocada por los Estados Unidos de América y realizada en Shanghai en el año 1909, llevó a la Convención de La Haya del año 1912, que se convirtió en el documento de fundación del actual sistema de fiscalización internacional de las drogas. Como la Convención de La Haya requería ratificación universal, solo entró por completo en vigor cuando Turquía y Alemania, derrotadas en la Primera Guerra Mundial, tuvieron que aceptarla en el Artículo 295 del Tratado de Versalles del año 1919 (Bruun et al., 1975). La nueva Liga de las Naciones asumió la responsabilidad de la administración de la Convención. En el año 1925, un Convenio Internacional sobre el Opio extendió la gama de drogas incluidas, estableció un sistema de certificación de las importaciones y autorización de las exportaciones y creó un Comité Permanente de Control, precursor de la actual Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (Donnelly, 1992). Un nuevo Convenio estableció en el año 1931 los procedimientos de control y buscó aplicar límites a la producción que concordaran con las estimaciones de las necesidades científicas y médicas. Entre los años 1928 y 1938, el comercio mundial registrado de morfina disminuyó de 6.972 kilogramos a 1.911 kg, y el de cocaína, de 3.230 kg a 843 kg (Donnelly, 1992). Está sujeto a discusión si este cambio reflejó el éxito del sistema de fiscalización, la depresión económica mundial o ambas cosas.

13.3 Los actuales tratados internacionales de fiscalización de las drogas

Los tres principales tratados internacionales para la fiscalización de las drogas actualmente en vigor (Treaties, 2002) se basaron en los acuerdos de la época de la Liga de las Naciones, pero son el producto de los tres decenios posteriores a la Segunda Guerra Mundial. El primero, el Convenio Único sobre Estupefacientes del año 1961 (http://www.incb.org/incb/convention_1961.html), modificado en el año 1972, explícitamente cotejó y amplió los tratados anteriores a la guerra y abarca sustancias derivadas del opio, el cannabis y las hojas de coca, junto con sintéticos similares. A la antigua preocupación por controlar la explotación colonial, se había sumado el interés por controlar la demanda. En consecuencia, el Convenio del año 1961 incluyó la penalización de la distribución o venta y el castigo y/o tratamiento del usuario individual (Carstairs, 2005). El Convenio del año 1961 amplió los requisitos de control dentro de las fronteras nacionales más allá de los opiáceos y la cocaína para abarcar también el cannabis, una disposición adoptada bajo la “intensa presión internacional” ejercida por los Estados Unidos de América, que “puede ser considerada un intento de globalizar la Ley [estadounidense] sobre la Marihuana” (Edwards, 2005, p. 153).

El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas del año 1971 (http://www.incb.org/incb/convention_1971.html) amplió considerablemente la esfera de acción del sistema para incluir drogas fabricadas y sintéticas como las benzodiazepinas, las anfetaminas, el LSD y los barbitúricos, si bien con un conjunto más débil de procedimientos de control que los aplicados a las sustancias de origen vegetal abarcadas en el Convenio del año 1961. El tercer Convenio, adoptado en el año 1988 (http://www.incb.org/incb/convention_1988.html), como argumenta Carstairs (2005), representó una nueva redefinición del sistema en términos de controlar también el delito, con argumentos que subrayan el peligro del tráfico de drogas para la seguridad nacional, los vínculos entre el comercio de drogas y la corrupción y la función desempeñada por el tráfico de drogas al socavar el desarrollo económico. No obstante, si bien el Convenio del año 1988 se ocupó principalmente del “tráfico ilícito”, abordado mediante disposiciones concernientes al lavado de dinero y la confiscación de las ganancias obtenidas mediante el delito, también incluyó una disposición que se incorporó a la ley internacional y que establecía que la posesión o adquisición de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica que no fuera para propósitos médicos o científicos aprobados, sería considerada no solo un delito punible sino también específicamente un delito penal bajo la ley nacional (Artículo 3, 1 (a) (iii)).

Por consiguiente, si bien el sistema internacional de fiscalización de las drogas se inició hace un siglo y en ese momento tuvo efectos inmediatos en la formulación de leyes nacionales sobre las drogas, no fue sino hasta el último medio siglo que adquirió gran parte de su actual alcance expansivo y la prescripción detallada de las disposiciones que se deben incluir en las leyes nacionales. A pesar de sus alcances y su carácter intrusivo, casi todos los estados han ratificado y, al menos en teoría, están obligados a cumplir los tres tratados, una cantidad insólitamente grande para tratados de ese tipo. Para el 1 de noviembre del año 2006, había 184 ratificaciones del Convenio del año 1961 (181 para su protocolo del año 1972), 179 para el Convenio del año 1972 y 180 para el Convenio del año 1988 (INCB, 2007b). Su aplicación no es totalmente universal (el recuento de naciones-estados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes es de 203), pero se aproxima bastante a serlo.

Al caracterizar más adelante los tres convenios sobre drogas, estableceremos comparaciones con otros tratados internacionales en áreas relacionadas. Las principales comparaciones son con el Convenio Marco para el Control del Tabaco, que fue negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y entró en vigor en el año 2005; el Convenio Internacional contra el Dopaje en el Deporte, negociado bajo los auspicios de la UNESCO (por sus siglas en inglés) y adoptado en el año 2005, aunque aún no está en vigor; y el Convenio de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Transnacional Organizada (en vigor desde el año 2003) y su Protocolo sobre armas de fuego (en vigor desde el año 2005). Estos dos últimos convenios fueron negociados bajo los auspicios de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés), organismo que también es responsable de la fiscalización de las drogas. Si bien estos tratados por sus intereses se traslapan con los tratados sobre las drogas, hay notables divergencias en los métodos adoptados para el control internacional de mercados de artículos peligrosos.

13.4 Características de los tratados internacionales para la fiscalización de drogas

13.4.1 Disposiciones obligatorias en relación con las leyes y los procedimientos nacionales de control

Una característica destacada del sistema internacional de fiscalización de las drogas es la extensión y la pormenorización de sus inquietudes por los asuntos nacionales en las naciones firmantes. Pueden haber sido tratados internacionales, pero tuvieron considerables repercusiones en las leyes nacionales y con frecuencia las delegaciones nacionales volvían de las conferencias sobre tratados internacionales con la novedad de que el nuevo tratado requería reformar la legislación nacional. De ese modo, la Ley sobre Drogas Peligrosas del Reino Unido (1920) fue aprobada para cumplir con las obligaciones establecidas en el Tratado de La Haya, y el preámbulo de la Ley del Opio de los Países Bajos (1928) estableció que debía “su existencia principalmente a consideraciones relacionadas con intereses internacionales” (Gerritsen 2000, p. 132). La Ley sobre el Opio y las Drogas de Canadá (1911) fue promulgada de conformidad con las recomendaciones de la Comisión de Shanghai (Carstairs, 2006) y la Ley Harrison sobre Estupefacientes del año 1914 fue aprobada, según Musto (1973), en gran medida como un complemento de la política exterior; para demostrar la sinceridad después del Convenio de La Haya.

El grado de control sobre las decisiones nacionales a que aspira el sistema supera, por ejemplo, el grado de ambición de la Unión Europea de controlar disposiciones nacionales en las mismas áreas (por ejemplo, en lo concerniente a las cafeterías holandesas), o el grado de pretensión de los gobiernos nacionales en los estados federales de controlar cuestiones estatales o provinciales (por ejemplo, las concernientes a los locales para consumo supervisado de drogas en Australia). El cuadro 13.1 muestra algunas de las principales disposiciones de los convenios de los años 1961 y 1971 relacionadas con medidas nacionales,¹ comparadas con las disposiciones equivalentes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco. En los convenios sobre drogas, los gobiernos deben ejercer el control de su mercado interno de drogas mediante el otorgamiento de autorizaciones a vendedores (o mediante un monopolio gubernamental, en el Convenio del año 1961) en todos los niveles del mercado: productores, traficantes y minoristas. Se llevarán registros detallados de todas las transacciones. A nivel de menudeo, se exigirán prescripciones médicas. El Convenio sobre el Tabaco no incluye exigencias de autorizaciones o registros, si bien también se preocupa mucho por el control del comercio ilegal. Sus disposiciones en cuanto a límites para las ventas al menudeo son relativamente poco importantes y secundarias, por ejemplo, la prohibición de distribución gratuita o ventas a menores de edad y la prohibición de máquinas expendedoras y ventas mediante autoservicio son presentadas como opciones.

¹ El Convenio del año 1961 con la reforma del año 1972; las disposiciones mostradas son para drogas de la Lista I en el Convenio del año 1961, y para drogas de la Lista II en el Convenio del año 1971.

Cuadro 13.1 Requisitos de los convenios en cuanto a medidas nacionales para controlar el mercado y el uso de sustancias psicoactivas

	Convenio del año 1961, por ejemplo, para la morfina y la cocaína	Convenio del año 1971, por ejemplo, para las anfetaminas	Convenio Marco para el Control del Tabaco del año 2003
Establecimiento de un organismo nacional	Es un requisito en el caso del cultivo legal (§§23, 26, 28); para la coordinación o “medidas de prevención y represión”, es un requisito cuando lo permite el sistema (§35)	Deseable (§6)	—
Limitación de la producción	Para el opio, limitado a la estimación previa de la producción “en la medida de lo posible” (§21bis); se insta a prohibir el cultivo del opio, la coca y el cannabis (§22)	—	—
Autorización de la producción, la distribución y la venta al menudeo	Se requiere un sistema de autorización o el monopolio gubernamental (§29, 30)	Se requiere un sistema de autorización (§8); también inspecciones (§15)	Optativa (§15.7)
Llevar registros	Se requiere llevar registros, que serán conservados por 2 años, para todos los involucrados: instituciones gubernamentales, hospitales, etc. (§34b)	Se requiere que lleven registros los fabricantes, los distribuidores, los vendedores al menudeo (§11)	—
Pruebas, medición y reglamentación de los contenidos	—	—	Es un requisito (§9)
Se deben indicar los contenidos	Se exige para “el contenido exacto del fármaco”, excepto cuando se dispensa el fármaco con una prescripción individual (§30.5); es conveniente usar el nombre genérico	<i>Se adjunta la declaración de los contenidos a los envases de exportación (§12.2)</i>	Es un requisito indicar los componentes y las emisiones (§11.2) y dónde se venderá (§15.2.a)

Cuadro 13.1 (continuación)

	Convenio del año 1961, por ejemplo, para la morfina y la cocaína	Convenio del año 1971, por ejemplo, para las anfetaminas	Convenio Marco para el Control del Tabaco del año 2003
Advertencias en el exterior o el interior del envase	Doble banda roja “si es necesario o conveniente”, pero no en la envoltura exterior (§30.4)	Es un requisito, si se considera “necesario para la seguridad del usuario” (§10)	Es un requisito; advertencias detalladas (§11)
Impuestos	—	—	Se recomiendan mucho como “efectivos e importantes” (§6)
Prescripción	Es un requisito (§30.2.b.i); cuando es “necesario o conveniente”, en talonarios de recetas (§30.2.b.ii)	Es un requisito (§9.1)	—
Distribución gratis o en pequeñas cantidades	—	—	Prohibida (§16.2 & 3)
Ventas en máquinas expendedoras	<i>(Prohibición implícita al limitar el uso a la prescripción)</i>	<i>(Prohibición implícita al limitar el uso a la prescripción)</i>	De optativa a prohibida (§16.5)
Ventas mediante autoservicio	<i>(Prohibición implícita al limitar el uso a la prescripción)</i>	<i>(Prohibición implícita al limitar el uso a la prescripción)</i>	Prohibición optativa (§16.1.b)
Venta a menores de edad	—	—	Prohibida (§16)
Responsabilidad legal de los productores o vendedores	<i>(Sanciones penales por comercio ilegal, §36, y confiscación de mercancías ilegales, §37)</i>	<i>(Sanciones penales por comercio ilegal y confiscación de mercancías ilegales, §22)</i>	Se insta a establecer la responsabilidad legal “para los propósitos del control del tabaco” (§19)
Leyes contra el comercio ilegal	Es un requisito; como delito punible cuando es intencional; sujeto a limitaciones constitucionales (§36)	Es un requisito; como delito punible cuando es intencional; sujeto a limitaciones constitucionales (§22)	Es un requisito (§15.4.b)

Cuadro 13.1 (continuación)

	Convenio del año 1961, por ejemplo, para la morfina y la cocaína	Convenio del año 1971, por ejemplo, para las anfetaminas	Convenio Marco para el Control del Tabaco del año 2003
Publicidad	Es conveniente la indicación del nombre genérico (§30.3)	Prohibida al público en general, cuando lo permite la constitución (§10.2)	Prohibida cuando lo permite la constitución; de otro modo, está restringida (§13)
Otro tipo de promoción o auspicio	—	—	Prohibido si lo permite la constitución; de otro modo, está restringido (§13)
Posesión de la sustancia sin autorización legal	No será permitida (§33); sujeto a limitaciones constitucionales, será un delito punible (§36 ^a); (también en el Convenio del año 1988, como se indica a la derecha)	<i>(Convenio del año 1988, §3.2: la posesión para uso personal será un delito punible, sujeto a los límites constitucionales)</i>	—
Limitación de las horas y las ocasiones de uso	—	—	Se requiere la protección contra el humo del tabaco en lugares públicos y de trabajo en el interior de edificios (§8)
Suministrar y promover el tratamiento	Se insta a suministrar y promover el tratamiento (§38)	Se insta a suministrar y promover el tratamiento (§20)	Se insta a suministrar y promover el tratamiento (§14.2)
Fomentar la concientización del público	Es un requisito “cuando existe el riesgo de que se propague el uso indebido de drogas” (§38)	Es un requisito “cuando existe el riesgo de que se propague el uso indebido [...]” (§20.3)	Es un requisito (§12)

Nota: El convenio del año 1961 incluye la reforma del año 1972; las disposiciones mostradas se refieren a las drogas de la Lista I en el Convenio del año 1961 y a las drogas de la Lista II en el Convenio del año 1971.
 — significa que no existe esa disposición.

La publicidad y la promoción no están restringidas en el Convenio del año 1961, si bien se menciona como conveniente el requisito de la indicación del nombre genérico; en el Convenio del año 1971 se prohíbe la publicidad al público en general cuando lo permite la constitución (§10.2; refleja los límites estadounidenses a la publicidad de medicamentos que requieren una prescripción médica en el momento en que se adoptó ese requisito). Las actividades para contrarrestar la promoción son requeridas en los convenios sobre las drogas solo “cuando existe el riesgo de que el uso indebido [...] se propague”, una disposición que refleja el temor de que contrarrestar la publicidad de hecho pudiera tener un efecto negativo “al despertar la curiosidad morbosa de personas psicológicamente débiles” (United Nations, 1976, p. 88).

Además de los procedimientos obligatorios de control de los mercados de sustancias psicoactivas, los convenios requieren que se penalice al usuario de drogas cuando se lo encuentra en posesión de sustancias no obtenidas legalmente. Este es un requisito insólitamente riguroso aun en el contexto de las leyes nacionales sobre artículos de contrabando, mucho más como requisito de las partes de un tratado internacional, como se señala en el capítulo 11; por ejemplo, no existía una disposición de ese tipo en las leyes federales estadounidenses en la época de la prohibición del alcohol. El Convenio del año 1961 incluye disposiciones específicas de que no se debe permitir la posesión de una sustancia controlada por el Convenio sin autorización legal y que, cuando lo permite la constitución, será un delito punible. El Convenio del año 1988 agrega el requisito de que la posesión de las sustancias controladas según los Convenios de los años 1961 o 1971 será un delito penal, nuevamente sujeto a los límites constitucionales.² Se ha derrochado una buena cantidad de energía en la discusión acerca de qué libertad dejan estas disposiciones para interpretaciones nacionales que permitirían la **despenalización** o la legalización controlada (véase, por ejemplo, Krajewski, 1999; Lenton et al., 2000a) y, de hecho, varias jurisdicciones han pasado a reglamentos sin sanciones penales por el uso o posesión, mientras que mantienen en principio el delito penal (véase el capítulo 11 y Room et al., 2008). Sin embargo, es evidente que las disposiciones de los Convenios que exigen la **criminalización** del uso han sido un importante impedimento para los esfuerzos a nivel nacional por pasar de la prohibición a un régimen regulador de las drogas.

13.4.2 Requisitos de cooperación con la fiscalización internacional

El cuadro 13.2 muestra algunas de las principales disposiciones de los Convenios de los años 1961 y 1971 y del Convenio Marco para el Control del Tabaco concernientes a los requisitos de cooperación internacional por parte de las naciones signatarias. En los convenios sobre las drogas, se describe con muchos detalles un sistema de autorizaciones para las importaciones y exportaciones. De ese modo, el Convenio del año 1961 especifica que se requiere una autorización para la importación antes de que se pueda expedir la correspondiente autorización para la exportación (§31.4 y 5). El Convenio Marco para el Control del Tabaco no tiene una reglamentación para el control internacional tan detallada; lo que más se acerca a esto es el compromiso de considerar la posibilidad de “establecer un sistema práctico de rastreo y seguimiento”. Los tres tratados requieren que los países signatarios adopten leyes concernientes a la incautación y destrucción de equipo y mercancías de contrabando.

² Suiza y los Países Bajos formularon una salvedad que anulaba esta disposición para ellos cuando ratificaron el Convenio del año 1988.

Cuadro 13.2 Requisitos de los convenios en cuanto a la cooperación en la fiscalización internacional de las sustancias psicoactivas

	Convenio del año 1961, por ejemplo, para la morfina y la cocaína	Convenio del año 1971, por ejemplo, para las anfetaminas	Convenio Marco para el Control del Tabaco del año 2003
Promulgar y fortalecer legislación contra el comercio ilícito	Es un requisito (§35, §36)	Es un requisito (§21, §22)	Es un requisito (§15.4.b)
Cooperación con otros países y con organizaciones internacionales	Es un requisito (§4.b)	“teniendo debidamente en cuenta [...] los sistemas jurídicos y administrativos”, es un requisito actuar contra el tráfico ilegal (§21)	Se insta a prestar cooperación “según proceda” en relación con las políticas (§5) y “según mutuamente acordado” en relación con los conocimientos y la asistencia (§22)
Exigir e intercambiar autorizaciones de las importaciones y exportaciones	Es un requisito; se requiere la autorización de la importación antes de otorgar la correspondiente autorización para la exportación (§31.4 y 5)	Es un requisito; se requiere la autorización de la importación antes de otorgar la correspondiente autorización para la exportación (§12)	Considerar la posibilidad de “establecer un sistema práctico de rastreo y seguimiento” (§15.2.b)
Apoyar la prohibición de una sustancia específica por otro país	“no permitir a sabiendas” la exportación a países donde la sustancia sea ilegal (§31.1)	Es un requisito garantizar que no habrá ninguna exportación a ese país (§13.2)	—
Ventas e importaciones de productos exentos de impuestos y aranceles	—	—	Se pueden prohibir o restringir “según proceda” (§6.2.b)
Marcar en los productos el destino y el origen	<i>(la autorización de la exportación incluye los contenidos con el envase §31.6)</i>	<i>(la declaración de exportación incluye los contenidos con el envase §15.2.b)</i>	Es un requisito (§15.2)
Vigilancia y control de las mercancías en tránsito o en depósito	Es un requisito (§31); el retiro del almacén de depósito requiere un permiso (§31.9)	Es un requisito (§12.3.c y f)	Es un requisito para productos en depósito o trasladados “bajo suspensión de impuestos o aranceles” (§15.4.d)
Incautación y confiscación de equipo de fabricación y mercancías en el mercado ilícito	Es un requisito (§37)	Es un requisito (§22.3)	Se requiere la destrucción del equipo y mercancías incautados (§15.4.c)

Cuadro 13.2 (continuación)

	Convenio del año 1961, por ejemplo, para la morfina y la cocaína	Convenio del año 1971, por ejemplo, para las anfetaminas	Convenio Marco para el Control del Tabaco del año 2003
Confiscación de las ganancias obtenidas con el comercio ilícito	<i>(cubierto por el Artículo 5 del Convenio del año 1988)</i>	<i>(cubierto por el Artículo 5 del Convenio del año 1988)</i>	Se adoptará “según proceda”
Eliminación de la publicidad, la promoción y el auspicio transfronterizos	—	—	Se pueden prohibir y penalizar esas promociones transfronterizas de manera equivalente a las sanciones a la promoción interna (§13.7)
Asistencia a otros países en relación con la responsabilidad civil o penal	Se recomienda la extradición por los delitos; es un requisito cuando existe un tratado de extradición, pero puede ser rechazada si “no es suficientemente grave” el delito (§36.2.b) <i>(también §5 del Convenio de 1988, como se indica a la derecha)</i>	<i>(§5 del Convenio del año 1988 tiene disposiciones detalladas acerca de la colaboración para las confiscaciones)</i>	Se insta a prestar asistencia (§19.3)
Presentación de informes a organismos internacionales	Informe anual con el texto de las leyes, los detalles del tráfico ilícito, qué autoridades otorgan permisos de exportación/importación (§§18.1, 20); estimación de las necesidades para propósitos médicos y científicos, cantidades para la fabricación, existencias conservadas, superficie cultivada (§19)	Informes estadísticos anuales; informe anual sobre cambios y acontecimientos (§16)	Informes periódicos, según el calendario que se acuerde, sobre leyes, vigilancia, impuestos, comercio, etc. (§21)

Nota: El Convenio del año 1961 incluye la modificación del año 1972; las disposiciones mostradas son para las drogas de la Lista I del Convenio del año 1961 y para las drogas de la Lista II del Convenio del año 1971.

— Significa que no existe esa disposición.

13.4.3 El carácter mixto de los convenios para la fiscalización de las drogas

En nuestra época, tradicionalmente se piensa en los convenios para la fiscalización de las drogas en términos del control de los delitos. La responsabilidad de esos convenios dentro del sistema de las Naciones Unidas corresponde a la oficina de Viena que, como dice el chiste que circula en los pasillos, es responsable de la “sociedad incivil”, no solo del delito sino también de cuestiones tales como el control de las armas nucleares. La fiscalización de las drogas y el control del delito se combinan ahora en el mismo organismo de las Naciones Unidas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés). La primacía de la sección correspondiente al delito fue establecida por el Convenio del año 1988, que se concentró en el “tráfico ilícito”. En consecuencia, es más probable que las delegaciones enviadas a las ocasionales reuniones ministeriales de la Comisión de Estupefacientes sean encabezadas por ministros del interior o de justicia y no por ministros de salud o bienestar (Room, 2005c).

Los convenios tienen una segunda faceta: son también acuerdos internacionales concernientes a mercancías peligrosas. En el centro de los Convenios de los años 1962 y 1971 están las listas de sustancias evaluadas por expertos de la OMS en términos de su “potencial de dependencia y **potencial de abuso**” y, en principio, las sustancias se distribuyen en las distintas listas según la medida en que tienen esas cualidades. En comparación con la forma en que el mundo maneja otros artículos peligrosos, los Convenios representan un grado insólito de fiscalización internacional. Las disposiciones para la fiscalización internacional son mucho más débiles, por ejemplo, en el Protocolo del año 2001 contra la fabricación y el tráfico ilícito de armas de fuego (United Nations, 2001).

Hay también una tercera faceta en los Convenios: son una forma especializada y muy poco común de acuerdo comercial. Además de atacar la adicción como un “grave mal”, el Preámbulo del Convenio del año 1961 se refiere a una segunda base para la acción: “el uso médico de los estupefacientes continúa siendo indispensable para aliviar el dolor y el sufrimiento” y “se debe garantizar la disponibilidad de estupefacientes para esos propósitos”. Con este fin, el Convenio del año 1961 establece una economía de planificación centralizada para los opiáceos y la cocaína a nivel mundial, donde la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) maneja el mercado mediante un sistema de cálculos, informes y directrices nacionales. El Convenio del año 1971 es menos ambicioso en este aspecto. Sin embargo, en conjunto los convenios sobre las drogas exceptúan las drogas que fiscalizan de los supuestos comunes acerca de la superioridad de la competencia y la libertad de circulación de las mercancías, que han sido aplicadas en la época de la Organización Mundial de Comercio a la mayoría de las otras mercancías. Los convenios sobre las drogas son una especie de tratado comercial, pero, con sus disposiciones para países, productores designados y monopolios estatales, trastocan los supuestos habituales de los tratados comerciales modernos.

Es un error pensar en los Convenios únicamente en términos de control del delito. En consecuencia, la evaluación de su efectividad debe hacerse conforme a sus múltiples propósitos. Que supriman o no efectivamente los mercados ilegales de drogas es un interrogante que aborda solo uno de los aspectos. Que en realidad se concentren en las más peligrosas de las sustancias psicoactivas, con clasificaciones apropiadas de la gravedad de los efectos, es otro interrogante importante. Y que de hecho garanticen la disponibilidad de opiáceos y otros medicamentos para quienes sufren dolores y los necesitan es el tercer interrogante.

13.5 La implementación de los tratados: los organismos de las Naciones Unidas relacionados con las drogas

Tres instituciones internacionales especializadas son responsables de la implementación de los tratados (en la cual la OMS también desempeña una función técnica): la Comisión de Estupefacientes, un órgano político con estados elegidos como miembros por el Consejo Económico y Social (ECOSOC por sus siglas en inglés) de las Naciones Unidas; la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés), órgano administrativo para los programas de las Naciones Unidas en las áreas de las drogas y el delito; y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (Room y Paglia, 1999).

La JIFE, con 13 miembros elegidos como expertos por el ECOSOC, supuestamente por su capacidad personal más que como representantes de países, muy segura de sí se considera el “custodio” de los convenios. Define sus responsabilidades como “promover la observancia de los gobiernos de las disposiciones de los tratados para la fiscalización de drogas y asistirlos en este esfuerzo”. Esto incluye asegurar que es abastecido el mercado legal (médico) y que se suprime el tráfico ilegal de drogas (<http://www.incb.org/e/index.htm> — “Mandato”). La JIFE publica un informe anual en el cual periódicamente regaña a los gobiernos en lenguaje diplomático por lo que considera deficiencias en sus medidas y aborda un tema especial distinto cada año. Por ejemplo, el informe del año 2001 incluyó un examen de las amenazas a la fiscalización de las drogas que representan la globalización y la Internet (INCB, 2002); el informe del año 2006 se concentró en el “mercado no regulado” de medicamentos psicoactivos (INCB, 2007b). Además, sus miembros emprenden unas 20 misiones al año para asistir a los gobiernos en sus obligaciones según los convenios (Emafo, 2002). La Secretaría de la JIFE, oficialmente parte de la UNODC (por sus siglas en inglés), también participa de vez en cuando en actividades de vigilancia y amonestación que la JIFE considera parte de su función tutelar. Por ejemplo, Herbert Schaepe, Secretario de la JIFE, fue ampliamente citado en la prensa australiana amenazando que la JIFE suspendería la cuota de Australia para la producción legal de opiáceos si se establecieran locales para el consumo supervisado de drogas (Mann, 1999); también intercambié correspondencia sobre el tema con un sacerdote australiano (Schaepe, 1999).

Como muestra el caso australiano, en la breve lista de países que son autorizados a producir opiáceos, la JIFE puede amenazar con tomar la medida de suprimir una industria legal. Sin embargo, en otro sentido la JIFE no tiene facultades oficiales para imponer esa medida: sus facultades se limitan a la persuasión, la denuncia y la crítica. En los últimos años, la línea dura que ha adoptado en su interpretación de los convenios ha afrontado crecientes críticas, incluso en el ámbito de las reuniones de la Comisión de Estupefacientes (véase, por ejemplo, *Internacional Drug Policy Consortium*, 2007). La importancia de la JIFE es entonces algo menor de lo que ella misma estima. Tal vez la amenaza de un regaño de la JIFE sí afecte a la planificación para hacer cambios en la política, pero sus informes específicos no parecen haber influido en países desarrollados como Australia, Suiza y el Reino Unido, que han sido objeto de las críticas de la JIFE.

La UNODC tiene en total unos 500 integrantes de su personal en la sede en Viena y dispersos en todo el mundo. Se anunció que su presupuesto de operación para el año 2006 era de US\$69,1 millones (<http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2007/unisnar988.html>). Esta es una cantidad

insignificante para lograr algún efecto en el uso y la producción mundiales de drogas, en comparación, por ejemplo, con los gastos estadounidenses en “asistencia gubernamental” internacional para la lucha contra las drogas, que fueron de US\$472,4 millones en el año 2006 (Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, 2007). La UNODC (por sus siglas en inglés) debe encontrar un nicho especializado en apoyo a los gobiernos nacionales si quiere lograr algo con un presupuesto tan pequeño.

La Comisión de Estupefacientes está constituida por representantes de 53 estados elegidos entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el ECOSOC (por sus siglas en inglés). Se reúne anualmente en Viena durante una semana o más. Varios cientos de participantes asisten a las reuniones de la Comisión, entre ellos representantes de estados que no están en la Comisión de Estupefacientes y de organizaciones no gubernamentales (ONG) en “calidad de consultores” del ECOSOC (por sus siglas en inglés). Como cuerpo directivo político del sistema, la Comisión considera cada año el informe anual de la JIFE y de la UNODC (por sus siglas en inglés) y negocia y aprueba resoluciones concernientes a la operación del sistema y a cuestiones de las políticas sobre las drogas (véase Room, 2002a, 2005c).

La OMS desempeña una función técnica en el Convenio del año 1961 y en el del año 1971 al recomendar si determinadas sustancias deben ser incluidas en las listas de los convenios y en cuál de esas listas se ubicarán. Si una sustancia está en las listas de los Convenios de los años 1961 o 1971, su producción, distribución y uso están sujetos a la autoridad del sistema internacional de fiscalización. Las recomendaciones acerca de la inclusión en las listas son formuladas por un Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, que actualmente se constituye para reunirse cada dos años.

No obstante, el sistema internacional de fiscalización se inclina cada vez más a ignorar el asesoramiento científico que recibe de la OMS. Esto es ejemplificado por la falta de medidas del sistema en relación con la reubicación del dronabinol (Δ -9 tetrahidrocannabinol, THC), el principal ingrediente psicoactivo del cannabis, que se receta como medicina, en particular en los Estados Unidos de América. Mientras que el cannabis vegetal y sus productos naturales están incluidos en el Convenio del año 1961 entre las sustancias más peligrosas y sin ninguna utilidad terapéutica (Listas I y IV), el dronabinol fue incluido en la Lista I del Convenio del año 1971 (la más restrictiva de las listas en ese tratado) en el momento de la adopción del Convenio. La Comisión de Estupefacientes inicialmente rechazó esto, pero, después de una reconsideración por el siguiente Comité de Expertos que hizo la misma recomendación, la Comisión consintió en el año 1991. El Comité de Expertos de la OMS del año 2002 hizo otra revisión crítica y, en parte en vista del mayor uso médico del dronabinol, recomendó su reclasificación en la Lista IV, la menos restrictiva. El Director de la Oficina de la Casa Blanca para la Política Nacional sobre el Control de Drogas (el “Zar antidrogas”) persuadió al Director General de la OMS de que no expidiera esa recomendación, argumentando que “enviaría una señal equivocada y crearía tensión con el Convenio del año 1961” (Internacional Drug Policy Consortium, 2007). El Comité de Expertos de la OMS del año 2006 reconsideró y actualizó la revisión. Titubeando entre las Listas III y IV, finalmente recomendó transferir el dronabinol a la Lista III como un pequeño avance. En el debate sobre este tema efectuado en la Comisión de Estupefacientes en el año 2007, los Estados Unidos de América se opuso enérgicamente y muchos otros países lo apoyaron. La recomendación fue devuelta para su reconsideración por la OMS “en consulta con la JIFE” (si bien la JIFE no tiene una función oficial en la asignación a las listas, según los tratados).

Sorprende el contraste entre la gran energía y atención que captan los tratados en la sala de debates y el modesto efecto que tienen en la vida cotidiana. El dronabinol era recetado, principalmente en los Estados Unidos de América, antes, en el transcurso y después de estos supuestamente trascendentales debates y su ubicación como droga de la Lista 3 en ese país no parece ser afectada por el cambio previsto.

13.6 El papel dominante de los Estados Unidos de América

A partir de la Conferencia de Shanghai, los Estados Unidos de América ha desempeñado una función de liderazgo en la política internacional sobre las drogas, si bien en el período entre las guerras su función fue obstaculizada por su decisión de no unirse a la Liga de las Naciones (véase, por ejemplo, Walker, 1992; Bewley-Taylor, 1999; Room, 2005c). En ocasiones, la fuerza impulsora ha sido la situación interna en los Estados Unidos de América. Por ejemplo, la adopción del Convenio del año 1971 refleja el surgimiento de la contracultura de los jóvenes a fines de los años setenta. Otras veces, en particular más recientemente, el énfasis de los Estados Unidos de América ha estado en objetivos de la política exterior. La rúbrica de la guerra internacional sobre las drogas a menudo ha servido como un instrumento flexible para promover intereses generales de la política estadounidense, así como los relacionados con las drogas (Walter, 1992; Nadelmann, 1993; Bewley-Taylor, 1999). Por otra parte, en ciertas circunstancias, por ejemplo, en Afganistán desde la caída del régimen talibán, otros intereses de la política exterior estadounidense se han impuesto a la preocupación por las drogas (Schweich, 2008).

Los Estados Unidos de América está muy consciente de su función rectora en el sistema internacional de fiscalización de las drogas. Mientras que la mayoría de los países emplean los “diez minutos” asignados a cada país en el debate general que se efectúa en los primeros días de cada reunión anual de la Comisión de Estupefacientes para informar sobre los acontecimientos en su propio país, la contribución estadounidense por lo general consiste en un panorama de la situación mundial. La importante presencia estadounidense se percibe en las negociaciones del Comité sobre los detalles más triviales de las resoluciones de cada año (Room, 2005c).

Las actividades de los Estados Unidos de América en el sistema internacional de fiscalización de las drogas son realmente solo una pequeña parte de sus actividades externas totales relacionadas con las drogas. En el año 2007, la Dirección de Lucha contra las Drogas de los Estados Unidos de América tenía 751 miembros de su personal asignados a funciones en 59 otros países (Office of the Inspector General, Audit Division, 2007), cantidad que supera considerablemente el total de personal de la UNODC (por sus siglas en inglés). Otros organismos, como el Servicio de Aduanas y el FBI (por sus siglas en inglés), también tienen muchos funcionarios asignados a embajadas para colaborar en la lucha contra las drogas.

Las actividades internacionales de los Estados Unidos de América se cumplen mediante declaraciones de la política, la diplomacia, acuerdos bilaterales y acción unilateral. Cada año, el Departamento de Estado emite un Informe Internacional sobre la Estrategia de Control de Estupefacientes, descrito en su sitio web como “las actividades para atacar todos los aspectos del comercio internacional de drogas, el control de sustancias químicas, el lavado de dinero y la delincuencia financiera” (<http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/>).

Según la legislación estadounidense, existe también el requisito de que el Presidente de los Estados Unidos presente cada año una “Lista de Principales”, que describe los principales países de tránsito de drogas o de producción ilegal de drogas. Por separado, el Presidente tiene que negar la certificación a países que “no han demostrado” que “cumplen con sus obligaciones conforme a los tratados internacionales para combatir los estupefacientes”, negación que entraña serias consecuencias fiscales y para la reputación. El Presidente puede optar por no negar la certificación debido al “interés nacional vital”, opción que a menudo ejerce. Veinte países, ninguno de ellos de altos ingresos, estaban en la Lista de Principales en la Resolución Presidencial de septiembre del año 2007 (US Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, 2008, vol. I, pp. 7-12). Birmania y Venezuela fueron los únicos países incluidos para descertificación, pero la descertificación de Venezuela fue parcialmente sobreseída para permitir que continuara el apoyo estadounidense a programas en el país encaminados a “apoyar a la sociedad civil y otras instituciones democráticas asediadas”, ya que se determinó que esto era “vital para los intereses nacionales de los Estados Unidos de América”. Los alcances mundiales de la Resolución se perciben en la lista de otros países cuya situación se analizó en la Resolución: Afganistán, Bolivia, Canadá, Ecuador, Guinea Bissau, India y Nigeria (si bien Canadá y Guinea Bissau no fueron incluidos en la Lista de Principales).

El programa de certificación/designación estadounidense es un frecuentemente citado ejemplo básico de influencia externa en la política mundial y local sobre las drogas, con serias implicaciones para las relaciones bilaterales y multilaterales entre los países del Norte y del Sur (Obot, 2004). El simple hecho de que exista el programa de certificación es considerado insultante en ciertos círculos (CNN, 2001). Más allá de esto, ha sido criticado por ser por lo menos tanto un instrumento de política exterior como un mecanismo de control de las drogas (Nadelmann, 1993; Ayling, 2005; Obot, 2004). En el año 2002, se modificó el proceso de certificación de los países de tal modo que ahora la descertificación tiene un umbral más alto: que el país “no haya demostrado [...] que hizo esfuerzos considerables en los 12 meses anteriores para acatar los acuerdos contra los estupefacientes y tomar ciertas medidas contra las drogas establecidas en la ley estadounidense” (US Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, 2003, p. 1-5). Sin embargo, ahora como antes se busca la observancia con un garrote y la promesa de algunas zanahorias:

Si un país no es certificado, se interrumpe la mayor parte de la asistencia extranjera y los Estados Unidos de América tiene que votar contra el otorgamiento de fondos a ese país por seis bancos multilaterales. No obstante, se puede proporcionar asistencia si el Presidente decide en algún momento posterior a la determinación inicial que el suministro de asistencia durante el ejercicio contable es de interés nacional vital o que el país ha hecho considerables esfuerzos por cumplir con las normas.

(ONDCP, 2006)

El proceso de certificación/designación es un elemento importante en la política internacional sobre las drogas debido a las implicaciones que tiene para la formulación y la aplicación de políticas nacionales. Como ha mostrado la experiencia de Nigeria, el único país de tránsito que ocupó un lugar en la lista de países descertificados durante varios años, el hecho de ser descertificado entraña muchas consecuencias previstas e imprevistas a medida que los países tratan de alcanzar los niveles de referencia recurriendo a medidas extremas (Obot, 2004).

La participación de los nigerianos en el comercio internacional de drogas se remonta a los años sesenta, cuando muchos jóvenes nigerianos fueron arrestados y enjuiciados en el Reino Unido por traficar con cannabis (Lambo, 1965). El tráfico de cocaína y heroína comenzó a principios de los años ochenta, cuando los funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes se percataron de que el país se había convertido en un lugar de tránsito para la cocaína y la heroína proveniente del sudoeste de Asia, destinadas a los mercados de Europa y los Estados Unidos de América (Obot, 1990, 1992, 2004). Entre los años 1991 y 2000, el número de arrestos en el país por delitos relacionados con las drogas aumentó de 993 a 2.385; la mayoría de los arrestos se hicieron en aeropuertos y puertos marítimos por tráfico de cocaína y heroína. Se efectuaron arrestos similares de nigerianos en países productores de drogas y en puntos de entrada a los principales países consumidores de Europa y los Estados Unidos de América. Para comienzos de los años noventa, Nigeria y los nigerianos habían pasado a ser considerados actores fundamentales en la cadena de abastecimiento internacional de drogas. En el año 1994, el país fue puesto en la lista de descertificación y durante cinco años (durante los años 1994 a 1998) fue tratado como un estado paria por el gobierno estadounidense. Un análisis de la política de drogas en Nigeria que abarca el período de 1994 a 2000 revela que esos fueron años muy difíciles para el país a causa de las pérdidas sociales y económicas resultantes de su situación internacional como país que se consideraba que no colaboraba suficientemente en la guerra contra las drogas (Obot, 2004):

Como el tráfico de drogas, al cual se proponía sofocar, la descertificación generó importantes consecuencias económicas, sociales y psicológicas para Nigeria y los nigerianos. Los efectos de las oportunidades económicas perdidas, la disminución del apoyo internacional a las iniciativas de la sociedad civil, las experiencias de humillación en los aeropuertos de todo el mundo todavía se sienten en la actualidad. Lo que es más importante, como el control de las drogas en Nigeria, especialmente en la segunda mitad del último decenio, se concentró exclusivamente en alcanzar el nivel requerido para evitar la descertificación, no se ha generado una perspectiva acerca de la solución de los problemas causados por las drogas. La descertificación contribuyó al ya existente descuido de la reducción de la demanda [y] el abuso de los derechos humanos, [...] y consolidó una mentalidad de guerra al abordar el problema [del uso de drogas] en el país.

(Obot, 2004, p. 25)

La ley de certificación/designación como instrumento de la fiscalización internacional de las drogas y la diplomacia relacionada con estas en general han sido ampliamente criticados por expertos del Norte y el Sur e incluso dentro del sistema de la política estadounidense. Una crítica es que los esfuerzos por controlar la oferta de drogas “reflejan [...] intentos de los países industrializados occidentales de imponer sus normas y valores al resto del mundo” (McAllister, 2000, p. 254). Se ha expresado oposición a la operación del proceso de certificación. Algunos opositores políticos tachan al proceso de descertificación de injusto e inefectivo y dicen que conduce a violaciones de los derechos humanos (Ayling, 2005). No se ha realizado una evaluación científica cuidadosa de estas acusaciones; lo que se puede observar es que los pocos países que han sido descertificados en el transcurso de los años típicamente son parias para los gobiernos occidentales por otras razones, como lo fue Nigeria durante el período de gobierno militar a mediados de los años noventa y como lo fueron y siguen siendo Birmania y Siria a comienzos del decenio del año 2000.

13.7 El advenimiento de la sociedad civil

El principal cambio en el sistema en los últimos años ha sido la mayor atención de la “sociedad civil” a sus consideraciones y reuniones. Quienes participaban en el sistema solían ser casi exclusivamente representantes o funcionarios designados por los gobiernos, pero, en los últimos años, se ha producido un aumento considerable de los representantes de las ONG en las reuniones de la Comisión de Estupefacientes: 81 ONG estuvieron representadas en la reunión del año 2007 (Internacional Drug Policy Consortium, 2007) y más de 300 ONG participaron en un foro de ONG relacionado con la revisión en el año 2009 del desempeño del sistema de fiscalización internacional de las drogas desde el año 1998 (<http://www.unodc.org/unodc/en/ngos/beyond2008.html>; Viena NGO Committee, 2009). A pesar de los esfuerzos de los defensores del sistema por revertir la tendencia, muchas de las ONG están comprometidas con algún tipo de cambio. Junto con esto, se ha producido un aumento de la actividad académica crítica en relación con la fiscalización internacional de las drogas (véanse, por ejemplo, Bewley-Taylor y Trace, 2006; TNI, 2008).

13.8 El sistema de fiscalización de las drogas como artefacto de una determinada época histórica

Hace un siglo, los conceptos médicos de ebriedad y adicción comúnmente vinculaban juntos el opio, el alcohol y el tabaco (véanse, por ejemplo, Crothers, 1902; Towns, 1915) con adictos al alcohol y al opio, que a menudo eran tratados en las mismas instituciones. Los movimientos que buscaban prohibir el alcohol, especialmente fuertes en los países nórdicos y los de habla inglesa, tuvieron ramificaciones que abogaron por la prohibición del tabaco o los opiáceos. Como hemos señalado, conforme al Convenio de La Haya del año 1912, el opio fue en realidad la segunda sustancia psicoactiva sometida a algún tipo de fiscalización internacional, precedida por el tratado sobre el alcohol en África.

Como ha descrito David Courtwright (2005) basándose principalmente en fuentes estadounidenses, los sesenta años posteriores al Convenio de La Haya se caracterizaron por una separación cada vez más radical de la conceptualización relacionada con el alcohol, las drogas y el tabaco. La trivialización del hábito de fumar después de la Primera Guerra Mundial y la adopción de ese hábito como símbolo generacional por jóvenes de ambos sexos de la clase media (Fass, 1977) produjeron la exclusión de la nicotina de los conceptos de ebriedad o adicción. En la misma época, se implementó la prohibición del alcohol, que fue finalmente abolida, en los Estados Unidos de América y otros lugares (Schrad, 2007), en parte debido al rechazo por esa misma generación de jóvenes de clase media (Room, 1984). La derogación de la prohibición originó una reformulación de los problemas del alcohol (Roizen, 1991), que de problemas atribuibles a la sustancia pasaron a ser redefinidos como problemas originados en deficiencias de la persona: el “alcohólico” (Christie y Bruun, 1969).

Los “estupefacientes” quedaron entonces como legatarios residuales de una conceptualización en términos de drogas eminentemente peligrosas y amenazadoras, una conceptualización transferida de la conceptualización del alcohol en la época de la prohibición. El pánico moral acerca del uso de drogas (véanse, por ejemplo, Kohn, 1992; Manderson, 1993; Carstairs, 2006), con el uso asociado a menudo con minorías raciales menospreciadas, tuvo mucho que ver con la satanización de las drogas en todos los países de habla inglesa en algún momento entre los años 1880 y 1990. Si bien las drogas fueron en general una cuestión política periférica antes de los años sesenta, hubo un apoyo general a las

políticas restrictivas impulsadas por el pequeño “club de caballeros” (Bruun et al., 1975) del sistema de fiscalización internacional de las drogas, hasta el año 1971 concentrado de manera específica en sustancias derivadas de tres plantas cultivadas principalmente en el mundo en desarrollo.

En los últimos años, como argumenta Courtwright (2005), las divisiones han sido derrumbadas y el alcohol, el tabaco y otras sustancias psicoactivas nuevamente son considerados cada vez más en el mismo marco conceptual. Los investigadores biólogos examinan los diversos receptores cerebrales involucrados en la acción de las sustancias psicoactivas en un marco común (Organización Mundial de la Salud, 2005). El tabaco ha sido devuelto al concepto de adicción, ahora redesignado como “dependencia”. El alcohol y el tabaco se incluyen cada vez más en las discusiones acerca de la peligrosidad de las drogas y por lo general son considerados más peligrosos que muchas drogas sometidas a fiscalización internacional (véase, por ejemplo, Nutt et al., 2007), lo que causa a menudo considerable consternación política (Room, 2006). En las evaluaciones de la OMS de la contribución de los factores de riesgo a la carga mundial de morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2002), de hecho se estima que el alcohol y el tabaco aportan cada uno a la carga mundial cinco veces más que las drogas ilegales. El tratamiento de las adicciones a las drogas y el del alcoholismo han sido reorganizados como un solo sistema en muchos países (si bien el tratamiento antitabáquico todavía se mantiene separado por lo general) y con frecuencia en las escuelas se combinan las actividades educativas encaminadas a combatir el consumo del alcohol, el tabaco y las drogas.

Los convenios sobre la fiscalización de las drogas son un artefacto del período histórico en el cual eran muy grandes las divisiones entre las distintas sustancias psicoactivas. El Convenio del año 1961 codificó y fortaleció los procedimientos de control anteriores a la guerra para las tres sustancias derivadas de plantas; el Convenio del año 1971, adoptado como reacción al surgimiento de las contraculturas de jóvenes que consumían drogas en las sociedades occidentales y en el contexto de la primera “guerra política contra las drogas” en los Estados Unidos de América, extendió el concepto de “estupeficientes” a una gama más amplias de sustancias. Incluidos en los convenios, hay conceptos y categorizaciones de las sustancias psicoactivas que discrepan cada vez más con los conocimientos actuales.

13.9 Los efectos del sistema

13.9.1 El control de los mercados y la oferta ilegales

En lo concerniente a su propósito reconocido más a menudo, suprimir el tráfico ilegal de drogas, en la mayoría de los análisis el sistema de fiscalización internacional es considerado un fracaso. La propia publicación del UNODC, el *Informe Mundial sobre las Drogas* del año 1997, señaló que, en última instancia, las estrategias de reducción de la oferta “deben ser juzgadas según cómo afectan a la demanda de los consumidores, mediante la menor disponibilidad de drogas”, y que “en este campo el resultado es sin duda poco satisfactorio” (UNIDCP, 1997).

Un decenio más tarde, el *Informe Anual 2007* de la UNODC no era más optimista: “2006 fue un año mixto para la fiscalización internacional de las drogas”. La “buena noticia” de la reducción de la producción ilegal de opio en los países asiáticos del Triángulo de Oro fue “eclipsada por la mala noticia proveniente de Afganistán, la gran historia del año [...]”. La UNODC (por sus siglas en inglés) advirtió

a los países occidentales que debían prepararse para un posible aumento de las sobredosis de drogas como resultado de la mayor pureza de la heroína. El creciente consumo de cocaína en Europa fue otro motivo de preocupación” (UNODC, 2007, p.11). El Informe del año 2008 tiene un tono muy similar: “En el año 2007, se incrementó el cultivo de opio en Afganistán y Myanmar: aunado esto a más altos rendimientos, en especial en el sur de Afganistán, generó una producción mundial mucho mayor. Con respecto a la cocaína, el cultivo aumentó en Bolivia, Perú y especialmente en Colombia, pero los rendimientos disminuyeron y la producción permaneció estable” (UNODC, 2008, p. 3).

En estas circunstancias, el mejor esfuerzo de la UNODC (por sus siglas en inglés) a menudo se expresa en términos de logro distintos del progreso hacia sus principales objetivos. El prólogo del Director Ejecutivo al *Informe Anual 2007* señaló que “el anuncio de la UNODC de una cosecha récord de opio en Afganistán [...] reforzó la reputación de la Oficina de proporcionar el patrón oro para los datos sobre el cultivo de la droga”.

Otras voces dentro del sistema con frecuencia concuerdan con el tono generalmente pesimista; “año tras año, la situación empeora”, manifestó la delegación de Grecia en el debate general de la Comisión de Estupefacientes en el año 1994 (Room, 1999). Sintetizando la situación en el debate general del año 1995, el representante de la INTERPOL observó:

Me recuerda el título de la película, A la misma hora, el año que viene; a medida que pasan los años, no hay una mejora real en la situación. Existen serios problemas en casi todas las regiones [...]. Esperamos un verdadero progreso el año próximo, pero no podemos informarlo hoy.

(Room, 1999)

Analistas de la política que están más distanciados en general han coincidido con estas conclusiones:

El mundo actual no está más cerca de lograr las metas a 10 años establecidas en relación con las drogas en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1998 UNGASS. Esos objetivos eran “eliminar o reducir considerablemente el cultivo de coca, cannabis y amapola de opio para el año 2008”. En cambio, la producción mundial de opiáceos y cocaína ha aumentado sustancialmente en los últimos diez años. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, la producción ilegal mundial de opio se duplicó y pasó de 4.346 toneladas en el año 1998 a 8.800 toneladas en el año 2007.

(TNI, 2008)

13.9.2 Garantizar y controlar la provisión de medicamentos psicoactivos

Las evaluaciones de los efectos del sistema, ya sean críticas o comprensivas, tienden a concentrarse únicamente en la efectividad del sistema para eliminar los mercados y la oferta ilegales. En este contexto, se presta muy poca atención al otro objetivo del sistema: procurar la disponibilidad de medicamentos psicoactivos para uso médico y científico. En cuanto a este objetivo, el sistema puede ostentar algunos éxitos. Ya hemos analizado (capítulo 12) la operación de reglamentos sobre la prescripción que canalizan los medicamentos psicoactivos al uso para supervisión médica. Como observaron acerca de esto Bruun y sus colegas (1975, p. 276), los éxitos del sistema suelen producirse

cuando “se ha influido en la conducta de los profesionales y las empresas privadas”, mientras que el sistema ha tenido poco éxito cuando sus esfuerzos están “directamente dirigidos a afectar a la conducta del consumidor individual de la droga”. Dicho de otro modo, los éxitos del sistema se han logrado en el control de mercados legales de medicamentos psicoactivos y ejemplifican que “los procedimientos de control del sistema operan más efectiva mediante un régimen de permisos que restringe las ventas, el suministro o la autorización de las ventas a determinadas profesiones o concesionarios autorizados” (Room, 2000). Los participantes autorizados en un mercado legal tienen interés en apoyar y defender el sistema, mientras que, si el mercado es ilegal, los intereses de quienes participan en él son opuestos a los del sistema.

En cuanto a garantizar provisiones adecuadas de las drogas para uso médico, el sistema parece haber operado bien excepto en épocas de guerra mundial. El problema por lo general ha sido definido en términos de la provisión de opiáceos para medicación analgésica. En el contexto de las sociedades desarrolladas prósperas, la JIFE, en su función de custodio del mercado mundial, parece haber tomado de manera oportuna medidas adecuadas para la provisión de esos medicamentos.

No obstante, en gran parte del mundo en desarrollo el panorama es muy diferente. El enorme desequilibrio en el consumo mundial de opiáceos legales, examinado en el capítulo 3, es un indicador de la severa escasez y, de hecho, la carencia de medicamentos analgésicos efectivos en muchos países en desarrollo. Según una nota informativa de la OMS (WHO, 2007), 80% de la población mundial tiene un acceso inadecuado o carece por completo de acceso al tratamiento para el dolor moderado o severo y decenas de millones de personas sufren cada año dolor moderado o severo sin tratamiento. Reconociendo esto, el informe de la JIFE para el año 2006 señaló que “los bajos niveles de consumo de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor moderado o severo en varios países en desarrollo continúan siendo un motivo de preocupación para la Junta” (INCB, 2007b, p.12). El problema se origina no solo en la falta de recursos para adquirir opioides. En países donde la perspectiva de aplicación de la ley predomina en la formulación de la política de drogas y donde no funcionan eficientemente sistemas de prescripción, el problema se define como evitar la creación de un mercado negro de drogas desviadas. La solución a menudo parece ser interrumpir el suministro de opioides para uso médico.

13.10 Conclusiones

La autoevaluación del progreso del sistema de fiscalización internacional de las drogas en el decenio posterior a la resolución del año 1998 del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS por sus siglas en inglés) se efectuó a su debido tiempo en marzo del año 2009. A pesar de los esfuerzos por asumir una actitud optimista en relación con la situación, es evidente que no se ha cumplido el objetivo de la resolución del año 1998 que establecía que los problemas de drogas del mundo deberían haberse reducido considerablemente 10 años después. Se podría señalar que los problemas mundiales de drogas han empeorado notablemente, pero no es posible afirmar que han disminuido, como resulta claro en los datos presentados en otros capítulos de este libro.

La cuestión es entonces determinar si existen cambios en el sistema de fiscalización internacional que pudieran mejorar la situación. Hay una gran discusión acerca de cambios que implicarían eliminar algunos de los procedimientos de control o, al menos, aplicarlos de manera más flexible. Por ejemplo,

se podría persuadir a la JIFE para que adoptara una actitud menos desaprobadora de experimentos nacionales tales como el mantenimiento con heroína en Suiza y algunas otras naciones europeas, que aumentan los conocimientos del mundo acerca de políticas alternativas y que extienden los límites del sistema existente. Sin embargo, en la actualidad no hay señales de que se hará algún cambio importante en el sistema.

14. La variedad de políticas nacionales de drogas

14.1 Introducción

Las políticas de drogas difieren tanto en apariencia como en esencia en los distintos países. Algunas naciones tratan las drogas básicamente como un problema que requiere la aplicación de la ley y dan gran importancia a las actividades para suprimir el tráfico; otros concentran sus esfuerzos principalmente en la prevención y la educación, en ayudar a los usuarios dependientes de las drogas y en reducir las consecuencias adversas del consumo de drogas. Esta variación en los países es resultado de las distintas actitudes hacia el uso mismo de las drogas, hacia los derechos individuales y hacia la función del gobierno. También refleja la naturaleza y la historia de los problemas nacionales concernientes a las drogas, la estructura política más amplia del país y las diversas formas en que las drogas afectan a la nación. Para algunos países, es sobre todo un problema de uso interno, mientras que para otros el tráfico de drogas a países más ricos es la principal forma en que las drogas dañan la salud pública y la seguridad. El asesoramiento sobre la política que pase por alto estas diferencias entre los países y suponga que existe una sola política óptima para todos los países probablemente no será tomado en cuenta. En este capítulo describimos algunas de las variaciones de la política observadas y sus orígenes para que los lectores puedan comprender mejor las opciones elegidas por su propio país y cómo se han concebido. La finalidad de esto es complementar las descripciones y evaluaciones de los capítulos anteriores, que se han referido a programas individuales.

El capítulo comienza describiendo la gama de problemas y políticas vinculados con las drogas en dos países muy diferentes, México y Suecia. Estos países ilustran las interconexiones entre los problemas, el contexto y las políticas. A continuación hay una caracterización más frugal de la variación de los problemas y políticas en siete naciones: China, los Estados Unidos de América, India, México, Nigeria, el Reino Unido y Suecia. Los siete tienen serios problemas de drogas cuya naturaleza difiere y a los cuales han respondido en diversas formas. El resto del capítulo explica con más detalles la naturaleza y las consecuencias de las diferencias.

El principal objetivo aquí es examinar la variación de las políticas en los distintos países, pero también hay una variación importante dentro de un mismo país. No es probable que las leyes difieran mucho de un estado o un municipio a otro, pero pueden ser aplicadas en formas muy distintas.

14.2 México

14.2.1 El país

México es la nación más poblada entre los Estados Unidos de América y Brasil, con un total de 110 millones de habitantes en el año 2008. El ingreso per cápita en términos de la paridad del poder adquisitivo (PPA) era de US\$10.000 en el año 2004, lo cual lo convierte en un país de ingresos medianos conforme a la clasificación estándar de las Naciones Unidas. Ha tenido gobiernos civiles desde el año 1929 y es mínima la preocupación acerca de golpes militares. Fue gobernado por el Partido Revolucionario Institucional (PRI) durante 71 años, hasta que Vicente Fox, del Partido Acción Nacional (PAN), fue elegido presidente en el año 2000.

14.2.2 Los problemas de drogas

La marihuana se convirtió en la droga preferida a fines de los años setenta y su uso creció en forma sustancial en los años noventa, pero la prevalencia todavía se mantiene muy por debajo de la observada en naciones occidentales más prósperas. En el año 2002, solo 0,6% de la población de entre 12 y 65 años de edad informó el uso en el año anterior, en comparación con un porcentaje de 11% en los Estados Unidos de América. El uso de cocaína ha aumentado considerablemente en los últimos años. Si bien la prevalencia sigue siendo baja en la población en general, se ha convertido en la droga predominantemente consumida por quienes buscan tratamiento. La heroína ha estado limitada sobre todo a las ciudades de la frontera con los Estados Unidos de América. Se ha calculado que 0,4% de la población cumple los criterios para determinar dependencia de sustancias. Los casos de infección por el VIH vinculados con la inyección de drogas son pocos (0,7% de los casos registrados), principalmente debido a las bajas tasas de inyección entre los usuarios de cocaína y a las bajas tasas de uso indebido de heroína. La hepatitis C tiene una prevalencia muy elevada entre los usuarios de drogas inyectables.

México es el principal país a través del cual fluyen las drogas hacia los Estados Unidos de América. Una cantidad considerable de la cocaína y la heroína de Colombia que llegan a los Estados Unidos de América ingresan al país desde México. Además, México es el más importante productor de heroína para el mercado estadounidense y el principal proveedor extranjero de cannabis y de metanfetaminas.

La industria de las drogas genera miles de millones de dólares en ingresos¹ para ciudadanos mexicanos, pero esto representó una pequeña proporción del PIB de México en el año 2006, que fue de US\$744 mil millones. No obstante, estas ganancias son relativamente importantes en algunas regiones. Gran parte de esos ingresos son generados por el tráfico, más que por el cultivo de amapola de opio o marihuana. Es más difícil calcular el efecto del tráfico de drogas sobre los delitos y la corrupción, como se muestra en el recuadro 14.1.

¹ Las declaraciones oficiales a menudo mencionan cifras más grandes, pero estas probablemente son exageradas. Trabajando con cálculos plausibles de los gastos totales en drogas en los Estados Unidos, US\$60 mil millones en el año 2000, el año más reciente con estimaciones publicadas (ONDCP, 2001b), y teniendo en cuenta la proporción de esos ingresos devengada por productores, exportadores y contrabandistas y la proporción de cada sector que probablemente se originó en México, la cifra plausible es de no más de US\$5.000 millones.

14.2.3 La política y la ley

La estructura política y la política de drogas

Como el problema de las drogas es considerado un asunto de seguridad nacional, los delitos vinculados con las drogas (la producción, la posesión, etc.) están sujetos a control federal. Se han establecido juntas coordinadoras gubernamentales a nivel federal, estatal y local. En los años noventa, el Programa Nacional fue asignado a la Procuraduría General de la República. Catorce organismos informan a esta Procuraduría, que pone énfasis en la reducción de la oferta y la cooperación internacional. Los programas de sustitución de cultivos y desarrollo alternativo no han formado parte de la estrategia nacional. Las actividades de erradicación de cultivos y de los servicios de información han sido temas importantes en la discusión política desde los años setenta, cuando por primera vez se implantaron programas para la erradicación de los cultivos ilegales de opio y cannabis. La tensión con los Estados Unidos de América en relación con los problemas de drogas ha sido una preocupación importante en el país tanto a nivel oficial como en los medios de difusión como consecuencia del Informe sobre la Estrategia de Internacional de Control de Estupefacientes emitido anualmente por el Departamento de Estado estadounidense, donde se juzga si el gobierno de México ha “cooperado cabalmente” con los Estados Unidos de América en la supresión del tráfico de drogas.

Recuadro 14.1 Las consecuencias políticas y sociales del tráfico de drogas en México

Durante al menos dos decenios, las bandas de traficantes de drogas, como el Cártel del Golfo y el Cártel de Juárez, han generado una gran violencia que provoca muchos homicidios no solo de otros traficantes sino también de policías y funcionarios gubernamentales y, en ocasiones, de periodistas. Por ejemplo, el 17 de mayo del año 2007 un tiroteo entre policías y traficantes dio como resultado 22 muertos en un solo día. Se estimó que más de 4.000 personas habían muerto en episodios de violencia vinculados con las drogas en los primeros diez meses del año 2008 (Díaz, 2008). En las ciudades fronterizas, esto ha producido ocasionalmente grados extremos de alteración del orden; por ejemplo, en Nuevo Laredo dos jefes policiales fueron asesinados por grupos de traficantes de drogas y la ciudad ha tenido dificultades para contratar a un reemplazante para el puesto (Freeman, 2006). Esta violencia es un elemento destacado del problema de drogas percibido en México y, en el año 2006, el recién elegido Presidente Calderón lo convirtió en un tema fundamental para su gobierno, como lo había sido en el primer año del régimen de Fox.

El control federal del tráfico doméstico de drogas era adecuado cuando el uso de drogas en el país era limitado y la producción local de heroína y marihuana, así como el tráfico de cocaína, estaban destinados al mercado estadounidense. La distribución local de drogas se convirtió en un problema creciente a fines de los años ochenta, pero los traficantes locales corren pocos riesgos de ser arrestados debido al pequeño número de policías federales y a que la policía local no tiene facultades para hacerlo.

Las leyes

El gobierno federal tiene la principal función en la aplicación de la ley penal. Las sanciones federales para la producción, el tráfico y la distribución de drogas son duras según las normas internacionales. Al mismo tiempo, la ley mexicana considera que la dependencia de drogas es una enfermedad y, por

lo tanto, el problema debe pasar a las autoridades de salud. La posesión de drogas para uso personal no es considerada un delito cuando el individuo es dependiente de la droga. De hecho hay muy pocas condenas por posesión personal. La ley también incluye excepciones para quienes delinquen por primera vez y tienen drogas para su uso personal, siempre que no hayan incurrido en otros delitos.

14.2.4 Los programas

La aplicación de la ley

La aplicación de la ley contra la producción ilegal ha sido una actividad sostenida desde mediados del siglo XX. Se asignan importantes recursos a combatir el contrabando y el tráfico y hay muchas muertes entre el personal encargado de esas actividades. Una proporción considerable de los arrestos son por distribución de drogas a nivel local, pero la mayoría de las personas arrestadas son liberadas debido a la corrupción y a la falta de un marco jurídico adecuado para combatir la distribución de drogas a nivel local. Sin embargo, se calcula que alrededor de dos terceras partes de las personas en prisión tienen un problema de drogas.

Los esfuerzos por combatir la corrupción y el lavado de dinero han sido muy importantes. No obstante, la corrupción ha constituido un problema constante y en los últimos 25 años altos mandos militares y policiales han sido declarados culpables de tener estrechos vínculos con el tráfico de drogas; por ejemplo, en el año 1997 se descubrió que el jefe de la dependencia encargada de la lucha contra las drogas, un general retirado, estaba en la nómina de una red de distribución de drogas (Freeman, 2006). El hombre que le sucedió en el cargo fue también arrestado acusado de corrupción. Diez años más tarde, persisten las denuncias de corrupción federal a pesar de las sostenidas medidas federales enérgicas; los militares han sido incorporados a la lucha contra las drogas porque en parte se los considera menos corruptos.

El tratamiento y la prevención

En el año 1969, se estableció un sistema nacional orientado a la prevención y el tratamiento de la dependencia de drogas. En el año 2005, había 92 centros en México; solo tres brindaban tratamiento a pacientes internados y solo uno proporcionaba mantenimiento con metadona. Este sistema es complementado por una red de programas locales que incluye algunos sostenidos por ONG. También existe una importante red de grupos de autoayuda, pero una proporción sustancial de personas con dependencia no reciben tratamiento. Las encuestas nacionales muestran que solo una quinta parte de los usuarios de drogas que cumplen los criterios de dependencia han recibido tratamiento. Las actividades universales de prevención en las escuelas han estado funcionando continuamente desde los años setenta, pero se da poca atención específica a los grupos vulnerables y de alto riesgo.

14.2.5 El presupuesto

En los gastos en el control de las drogas predominan las actividades de reducción de la oferta. Aun excluyendo el presupuesto federal para destrucción de cultivos y medidas para combatir el crimen organizado o el tráfico de drogas, se estima que la reducción de la oferta absorbe más de 90% del total de los gastos. La inversión en la reducción de la demanda se duplicó entre los años 1998 y 2002. El dinero gastado en la prevención es alrededor de 30% más que el presupuesto asignado para el tratamiento.

14.3 Suecia

14.3.1 El país

Suecia es una democracia próspera y estable, con una población de nueve millones de habitantes. Ha sido gobernada por regímenes de centro izquierda en la mayoría de los últimos 75 años. La nación tiene una tradición de gobierno paternalista, que goza de un amplio apoyo popular. Situada en el extremo septentrional de Europa, Suecia está alejada de las principales rutas de tráfico. Los gobiernos municipales tienen considerables facultades en ciertas áreas, pero la mayor parte del poder político se concentra a nivel nacional.

14.3.2 Los problemas relacionados con las drogas

El uso de drogas

El cannabis es la droga ilegal más usada, predominantemente en la forma de hachís. El uso de cannabis aumentó durante los años setenta, disminuyó en los ochenta y ha vuelto a incrementarse en los últimos 15 años. El uso ocasional de drogas (principalmente de cannabis) es bajo para los estándares de Europa Occidental; en el año 2005, la prevalencia del uso de cannabis en el año anterior era de aproximadamente 2,0% (entre las personas de 15 a 64 años de edad), en comparación con 6,9% en Alemania y 12% en el Reino Unido (EMCDDA, 2005).

La mayoría de los usuarios problemáticos de drogas se administran las drogas por vía intravenosa y el número estimado de usuarios problemáticos (masivos) aumentó de 6.000 en el año 1967 a 15.000 en el año 1979 y a 26.000 en el año 1998 (1,2, 3,0 y 4,8 por cada mil personas de 18 a 64 años de edad, respectivamente). Suecia tenía un problema considerable con el difundido uso indebido de anfetaminas de venta con receta en los años sesenta y, desde esa época, las anfetaminas han constituido una gran proporción de las drogas de uso intravenoso en Suecia. No obstante, como resultado de un gran aumento del consumo de heroína, las anfetaminas y la heroína ahora representan proporciones aproximadamente iguales de las drogas consumidas por usuarios problemáticos de drogas. El uso de múltiples drogas es extenso entre los usuarios problemáticos. Además del uso intravenoso de heroína y anfetaminas, el cannabis, el alcohol y los fármacos desviados del uso médico (benzodiazepinas, flunitrazepam) son populares entre los usuarios problemáticos.

Los usuarios problemáticos ahora pertenecen a grupos de más edad: la proporción de usuarios de más de 30 años de edad se ha incrementado considerablemente, al igual que la duración del consumo en esos usuarios. Las mujeres constituyen una minoría entre ellos. El uso problemático de drogas se concentra en las grandes ciudades y es más frecuente entre las personas sin hogar, las de bajos ingresos y los varones con antecedentes de inmigrantes.

Las consecuencias

La mortalidad entre los usuarios problemáticos de drogas es alta en comparación con otros países europeos; la tasa anual de mortalidad entre usuarios de heroína es de alrededor de 40 por mil y entre los usuarios de anfetaminas, de entre 15 y 20 por mil. Desde fines de los años ochenta, los usuarios de drogas inyectables han constituido alrededor de 10% de los pacientes de VIH positivo. Las tasas de infección por el VIH entre los UDIS son de alrededor de 2% a 5%, porcentaje que es inferior a los

de muchos otros países europeos. Por otra parte, el uso de drogas intravenosas es un factor contribuyente en la mayoría de los casos nuevos de hepatitis (VHC y VHB) y la mayoría de los UDI son VHC y VHB positivos. Los usuarios problemáticos de drogas pueden convertirse en una molestia pública cuando mendigan y acosan a las personas en los lugares públicos. La violencia delictiva relacionada con el tráfico de drogas no es vista como un problema significativo.

14.3.3 La política y la ley

La política sobre las drogas

Existe un Plan Nacional de Acción contra las Drogas y un coordinador de la política nacional de drogas. La política de drogas es considerada un elemento de la política social orientada a prevenir el desempleo, la segregación y la miseria social. El gobierno nacional es responsable de aplicar las leyes concernientes al tráfico, la venta al menudeo y la posesión. Los gobiernos locales son responsables de la mayor parte de la vigilancia y también de realizar programas de tratamiento y prevención, cuyo financiamiento proviene de subvenciones nacionales.

La retórica política

La política de drogas ha sido un elemento destacado de los debates políticos durante decenios. Hay un amplio apoyo a las políticas restrictivas de drogas, pero también existen fuertes críticas acerca del recorte del tratamiento para los usuarios de drogas. Se ha criticado una propuesta de un programa de intercambio de agujas con el argumento de que implica la aceptación del uso indebido de drogas. En el discurso público, el uso de drogas es considerado un problema social más que un riesgo para la salud.

Las leyes

En general han aumentado las sanciones tanto máximas como mínimas en el transcurso de los años. Las leyes sobre el tratamiento y la atención obligatorios dentro de los servicios sociales fueron introducidas en el año 1982. En el año 1993, se permitió a los oficiales de policía efectuar pruebas para detectar el uso de drogas en las personas sospechosas de ese uso. El uso médico de cannabis no está permitido. En el año 2002, se estableció un registro nacional de prescripciones con el fin de vigilar todas las recetas de estupefacientes.

14.3.4 Los programas

Aplicación de la ley

El número de oficiales de policía asignados a tareas relacionadas con las drogas se ha incrementado sustancialmente en el transcurso de los años y ahora es de alrededor de 12 por cada 100.000 habitantes. En el año 2005, se reportó un total de 60.000 delitos relacionados con las drogas, cerca de 10 por cada 1.000 personas (en comparación con ~7 por cada 1.000 personas en los Estados Unidos de América). La gran mayoría de esos delitos (80%) son por posesión y uso de drogas. Otro 12% son por conducir un vehículo bajo los efectos de drogas. En el año 2003, más de 14.000 personas fueron enjuiciadas (y alrededor de la mitad fueron multadas) por delitos relacionados con las drogas. El número de presos en instituciones penitenciarias que cumplían condenas por ese tipo de delitos era de aproximadamente 2.000 en el año 2002 (Ramsted, 2006), lo que representa menos de 0,3 por cada 1.000 habitantes (en comparación con la cifra estadounidense de ~2,5 por cada 1.000 habitantes).

Alrededor de 5% de los usuarios de drogas encarcelados están condenados a más de dos años de prisión. Las personas condenadas por delitos relacionados con las drogas son predominantemente hombres (85%) y tienen más de 25 años de edad.

Los servicios sociales y de salud para los usuarios problemáticos de drogas

Los tratamientos de las adicciones a las drogas, como la atención general de salud, son financiados por el gobierno local. Los servicios de tratamiento son proporcionados por organismos gubernamentales y también por organizaciones no lucrativas mediante contratos con departamentos locales de servicios sociales. El tratamiento en unidades de internación constituye una parte importante de los servicios de tratamiento prestados y el tratamiento está abierto para los usuarios de drogas y de alcohol. Entre los usuarios dependientes de drogas (excluyendo a los dependientes de marihuana), menos de la quinta parte están en tratamiento en un determinado momento. Suecia difiere de los otros países nórdicos por su empleo del tratamiento obligatorio. El tratamiento se proporciona también en las prisiones. Casi la mitad del total de usuarios de drogas encarcelados reciben tratamiento contra las drogas (esto no incluye el tratamiento de mantenimiento con metadona). En el último decenio, los fondos destinados al tratamiento han disminuido, mientras que ha aumentado el número de usuarios problemáticos de drogas. La escasez de los servicios es más importante en relación con el tratamiento de desintoxicación/abstinencia y la atención ulterior.

La disponibilidad de metadona es limitada a causa de los criterios estrictos de selección y la escasa capacidad. En el año 2005, el número de inscritos para el tratamiento era inferior a 800 (Trimbos Institute, 2006), no más de 10% de la cantidad estimada de dependientes de la heroína. En el año 1989 se introdujo la buprenorfina y hubo una inscripción considerable de 1.300 pacientes para el año 2003 (EMCDDA, 2005). En las prisiones se proporciona vacunación contra el VHB y la prevención contra el VIH, pero los programas de intercambio de agujas existen solo en muy limitada extensión en una sola región (y en conflicto con la política restrictiva). No se proporcionan desinfectantes para las jeringas en las prisiones; no hay programas específicos para contrarrestar las sobredosis. No existen salas para los usuarios o la inyección ni programas de prescripción de heroína.

La prevención

El gobierno nacional promueve la prevención del uso de drogas mediante programas en las escuelas. La prevención del consumo de alcohol, tabaco otras drogas es parte de los programa de estudio en el país. Se considera que las escuelas son un ámbito importante para las medidas preventivas y se han implantado diversos programas en ellas. Las escuelas tienen una considerable autonomía en la elección de los programas. Existen también algunas coaliciones comunitarias para la prevención del uso de drogas, que a menudo también promueven la prevención del consumo de alcohol.

14.3.5 El presupuesto

En el año 2002, se estimó que los gastos totales de las políticas de drogas fueron de unos 950 millones de euros (un mínimo de 500 y un máximo de 1.400 millones de euros), que equivalen aproximadamente a 100 euros por habitante al año (Ramstedt, 2006). La mayor parte del gasto (75%) correspondió a las actividades de aplicación de la ley, 24% al tratamiento, 1% a la prevención y muy poco (0,1%) a la reducción de los daños.

14.4 Análisis comparativo

Estas breves descripciones de dos países revelan la gran variación de la naturaleza de los problemas generados por las drogas y de las respuestas que originan. El resto del capítulo se refiere a las experiencias de estas dos naciones y otros cinco países (China, los Estados Unidos de América, India, Nigeria y el Reino Unido) para ilustrar mejor esa variación. Presentamos primero una síntesis esquemática de las diferencias de los problemas en el cuadro 14.1. Después de examinar los datos presentados en ese cuadro, analizamos las diferencias en cuanto a la política, que se resumen en el cuadro 14.2.

14.4.1 Los problemas generados por las drogas

En el cuadro 14.1, “tráfico” se refiere al trasiego a otros países. “Violencia” significa el grado de violencia asociado principalmente con el comercio de drogas. “Delito” se refiere a la contribución de los usuarios de drogas al total de delitos. “VIH” se refiere a la prevalencia de la infección por el VIH o el SIDA entre los usuarios problemáticos de drogas. El signo de pregunta (“?”) indica que carecemos de información suficiente para emitir un juicio. El cuadro 14.1 constituye un conjunto de juicios bien fundados, pero sigue siendo una estimación aproximada. Fue elaborado con la ayuda de colaboradores de esos países y pensamos que es una representación razonable de la situación de las drogas en los siete países alrededor del año 2005.

Cuadro 14.1 Variación de las dimensiones estimadas del uso de drogas y los problemas conexos en siete países

	Uso ocasional de drogas	Uso problemático de drogas	Tráfico	Violencia	Delincuencia	Infección por el VIH
China	Escaso	Mediano	Mediano	Escasa	?	Elevada
Estados Unidos de América	Muy elevado	Muy elevado	Escaso	Elevada	Muy elevada	Muy elevada
India	Escaso	Escaso a mediano	Escaso	?	?	?
México	Escaso	Escaso	Muy elevado	Muy elevado		Escasa
Nigeria	Escaso	Escaso	Elevado	Modesta		Escasa
Suecia	Mediano	Mediano	Escasa	Escasa	Mediana	Escasa
Reino Unido	Muy elevado	Elevado	Escaso	Escasa?	Elevada	Escasa

Cuadro 14.2 Variaciones de las políticas de drogas en siete países

	Intensidad de la aplicación de la ley	Intensidad de la aplicación de la ley Disponibilidad de tratamiento	Notoriedad política	Ámbito principal de la política
China	Elevada	Mediana	Escaso	Justicia penal
Estados Unidos de América	Muy elevado	Mediana	Muy elevado	Justicia penal
India	Escaso	Escaso	Escaso	?
México	Escaso	Escaso	Muy elevado	Seguridad nacional
Nigeria	Modesta	Escaso	Elevada	Relaciones exteriores
Reino Unido	Elevado	Elevada	Elevada	?
Suecia	Mediano	Elevada	Moderada	Política social

14.4.2 El uso

Como la realización de encuestas es más complicada en países con considerables poblaciones rurales, es difícil ofrecer algo más que indicaciones aproximadas de las diferencias en la prevalencia del uso ocasional y el uso problemático de drogas en esos países. En la mayoría de las naciones, las drogas son artículos de consumo masivo bastante recientes y también fuentes nuevas de problema sociales, ya que los mercados se han desarrollado en el último tercio del siglo XX. China es la principal excepción. El uso de opio tuvo una prevalencia extraordinaria en gran parte del período 1850-1950 (véase, por ejemplo, Newman, 1995) y era considerado uno de los principales problemas sociales y de salud del país. La India tenía tradiciones de uso de opio y consumo de cannabis, pero ninguno de ellos era considerado un gran problema para el país (Owens, 1934).

Como se describe en el capítulo 3, el uso ocasional de drogas es ahora una norma en la mayoría de los países occidentales. En contraste, las drogas ilegales son casi desconocidas en muchas partes de China. Las encuestas de la población en general en la India, México y Nigeria muestran tasas de uso en toda la vida inferiores a 5%, aun cuando las encuestas se limitan a las grandes ciudades, que están más integradas con las tendencias culturales mundiales.

Las diferencias en la prevalencia del uso problemático de drogas (que implica el uso frecuente de cocaína, heroína o estimulantes) también son sustanciales. En los Estados Unidos de América, la tasa de ese uso es de casi 20 por cada 1.000 personas de más de 12 años de edad.² En el Reino Unido la cifra es de casi la mitad, y en Suecia, de casi la cuarta parte (EMCDDA, 2006). China constituye un marcado contraste. Aun haciendo un generoso ajuste para tener en cuenta la subestimación oficial, sería muy poco probable que la cifra fuera tan alta como 3 por cada 1.000. Los otros tres países también presentan cifras quizás más bajas.

² La cifra se puede obtener a partir de las estimaciones del número de personas que requieren tratamiento, menos aquellas cuya necesidad de tratamiento se basa únicamente en el uso de marihuana. Véase Boyum y Reuter (2005).

Si bien las tasas de uso problemático de drogas parecen estar correlacionadas con la prevalencia del uso ocasional de drogas, hay excepciones. China tiene una relación entre el uso con dependencia y el uso ocasional de drogas mucho más alta que la de los otros países de esta muestra. Suecia, que, según los criterios occidentales, tiene una prevalencia baja de uso de drogas en la población en general, presenta una tasa moderadamente elevada de uso problemático.

No obstante, el uso problemático de drogas no está distribuido de manera uniforme dentro de esos países. La dependencia de opiáceos en China está muy concentrada en provincias fronterizas como Yunnan, Sichuan y Xianjing (Tang y Hao, 2007). El emergente problema del uso de estimulantes en China se presenta principalmente en las ciudades costeras. En la India, existe un problema importante de uso indebido de **psicofármacos** (en particular sustancias del tipo de las anfetaminas) en el nordeste del país, que no se encuentra en otros lugares.

14.4.3 Las consecuencias para la salud

En las naciones occidentales, las infecciones por el VIH vinculadas con el uso de drogas inyectables han sido la consecuencia más destacada del uso de drogas en los últimos años. Muchos países, como el Reino Unido, han logrado prevenir tasas elevadas de infección por el VIH entre los UDI mediante programas específicos. En China, los UDI han sido un importante vector de la transmisión, pero en otros países, como la India, las tasas siguen siendo bajas. Las elevadas tasas de infección por el VHC entre los IDU aparecen en casi todos los países. Las tasas de infección con hepatitis B varían mucho. Las tasas de mortalidad también pueden variar, pero solo se cuenta con información sobre los países desarrollados.

14.4.4 La delincuencia

Las relaciones entre el uso de drogas y la delincuencia varían en cuanto a la forma y a la importancia según los países. En los Estados Unidos de América, las consecuencias adversas más destacadas de las grandes poblaciones dependientes de la cocaína, la heroína y las metanfetaminas son las elevadas tasas de delitos patrimoniales y violencia criminal. Las tasas de uso de drogas entre los arrestados en el Reino Unido son comparativamente altas (Bennett y Holloway, 2005). No obstante, con tasas generalmente modestas de delitos violentos, la asociación en el Reino Unido se da principalmente con delitos patrimoniales menores, como hurtos y robos en tiendas. En Suecia, un estudio reciente estimó que aproximadamente entre 30% y 40% de todos los delitos registrados son causados por usuarios de drogas (National Swedish Police Board, 2003). En países con bajos niveles de uso de drogas, como China, India, México y Nigeria, los delitos cometidos por usuarios de drogas no son un problema importante.

14.4.5 El tráfico y la violencia

Los problemas de los países están relacionados unos con otros. Como se señaló antes, una gran parte del daño vinculado con las drogas sufrido en México se relaciona con su papel en el tráfico y la producción para el mercado estadounidense. Lo mismo sucede con Nigeria, que sirve como punto de trasiego para el ingreso de heroína y quizás cocaína en los Estados Unidos de América. También se ve afectado el país en su reputación por las actividades de tráfico de drogas de sus emigrados residentes en Europa. China, al menos hasta hace poco, servía como importante vía para el tráfico de heroína

desde la zona productora del Triángulo de Oro a otros mercados, como Australia y Canadá. Con la declinación de la producción de Myanmar a partir del año 2000, esto tal vez ya no sea un elemento importante del daño relacionado con las drogas para el país. La India es afectada por su situación entre los dos principales países productores de opio del mundo, Afganistán y Myanmar, pero son muy leves las indicaciones de un tráfico hacia otros países.

Suecia y el Reino Unido son casi exclusivamente países de destino. Los Estados Unidos de América, si bien es un importador neto de drogas ilegales, puede exportar cantidades sustanciales de algunas drogas sintéticas.

El tráfico y la producción son grandes fuentes de ingresos, expresados como porcentajes del PIB, solo para unas cuantas naciones. A Afganistán, Colombia y Tayikistán probablemente se sumen algunas de las micronaciones del Caribe. Sin embargo, los ingresos provenientes del tráfico pueden generar una importante amenaza para el poder del gobierno central, como sucede en México.

14.4.6 Las políticas

En el cuadro 14.2 se presenta un conjunto de juicios acerca de las diferencias con respecto a las políticas de drogas entre siete países. En el cuadro, la intensidad de la aplicación de la ley se refiere al riesgo afrontado por un traficante de drogas de ser sancionado por el sistema de justicia penal (ya sea mediante el arresto o el encarcelamiento). La disponibilidad de tratamiento es una medida de la probabilidad de que un usuario de drogas que necesita tratamiento pueda encontrar un prestador del servicio. La notoriedad política es un indicador de que en los medios de difusión se dedica mucha atención a las políticas de drogas como un asunto público. El ámbito principal de la política se refiere al aspecto de la política pública en que se hace más hincapié al aplicar la política de drogas.

14.4.7 Las leyes

Las diferencias en la justicia penal oficial son modestas. Todos estos países son signatarios de los **convenios internacionales sobre drogas** descritos en el capítulo 13. En consecuencia, la posesión, la producción y la distribución de cannabis, cocaína, heroína y estimulantes están prohibidas. Suecia parece ser el único de estos países que permite el proceso criminal basado en las pruebas para detectar la presencia de drogas en la sangre o la orina de un individuo (Brottsförebyggande rådet, 2000).

Existe cierta variación en las sanciones estatutarias asociadas con las transgresiones. Por ejemplo, hasta el año 2001 la ley en la India especificaba un período mínimo de cárcel de 10 años por la posesión de más de un cuarto de gramo de heroína. Se aminoró esta sanción en el año 2001 para permitir sentencias de hasta solo un año por la posesión de menos de cinco gramos. En el Reino Unido, donde se considera en general que las políticas están orientadas a la reducción del daño, las sentencias establecidas por la ley para la simple posesión de heroína pueden ser de hasta siete años (Reuter y Stevens, 2007). En Suecia, la simple posesión de pequeñas cantidades de heroína (hasta 50 miligramos) puede ser sancionada con una sentencia de hasta seis meses (EMCDDA, 2003c).

No obstante, existen grandes diferencias entre las sanciones que realmente se aplican. En los Estados Unidos de América, alrededor de 500.000 personas fueron encarceladas por violaciones de los

reglamentos para el control de drogas (principalmente la distribución) en un determinado día del año 2005 (Caulkins y Chandler, 2006); esto equivale a aproximadamente 2 personas por cada 1.000 habitantes. Los encarcelamientos por delitos relacionados con las drogas fueron de más o menos 22% del total de encarcelamientos en el año 2005. En Suecia, la tasa de encarcelamientos por delitos relacionados con drogas fue de 0,4 por 1.000. Solo 5% de los transgresores de las leyes concernientes a las drogas en Suecia tuvieron sentencias de más de dos años de prisión. En los Estados Unidos de América, la mediana de la duración de las sanciones por delitos relacionados con las drogas en las prisiones estatales (que representan ~ 55% del total de presos) fue de más de tres años y, en las prisiones federales (que albergan a ~15% de los transgresores encarcelados por delitos relacionados con las drogas), la mediana del período de encarcelamiento fue de alrededor de seis años (Boyum y Reuter, 2005). Estas diferencias en la duración de las condenas reflejan, entre otras cosas, las diferencias en las condenas en general; los presos estadounidenses cumplen condenas más largas también por otros delitos.

En los demás países, solo se cuenta con datos correspondientes a los arrestos o las condenas. En China, fueron arrestadas 56.000 personas por delitos relacionados con las drogas en el año 2006, lo que representa una tasa de 5 por cada 100.000 habitantes. Esto constituye una pequeñísima fracción del total de arrestos y es una cifra baja en comparación con la cantidad estimada de 1 a 2 millones de usuarios problemáticos de drogas. En la India, el promedio de personas enjuiciadas anualmente por tráfico y venta de drogas entre los años 1992 y 2004 fue de solo unas 2.000 (Narcotics Control Bureau, India, 2003, véase el cuadro 3), lo que representa un grado notablemente bajo de aplicación de la ley per cápita o por usuario.

14.4.8 El tratamiento

Hay una gran variación en cuanto a la disponibilidad, la calidad y las vías del tratamiento de las adicciones. En Suecia, se estima que solo alrededor de la quinta parte de sus usuarios problemáticos de drogas están en tratamiento en un determinado momento, cantidad comparable con la observada en los Estados Unidos de América. En contraste, el Reino Unido, después de varios años de una campaña orientada a integrar el tratamiento en el sistema de justicia penal, hasta 50% de los usuarios problemáticos están en tratamiento en un momento dado. Es difícil estimar las cifras correspondientes a la India, México y Nigeria.

En Suecia está permitido el tratamiento obligatorio. En el año 2002, aproximadamente 10% de las personas tratadas estaban en tratamiento porque un organismo gubernamental imponía ese requisito, a veces aun en ausencia de un arresto por transgresión de la ley. En el Reino Unido y en los Estados Unidos de América, el sistema de justicia penal constituye una importante vía para el tratamiento. Por ejemplo, más de una cuarta parte de las personas que buscan tratamiento por el uso de crack en los Estados Unidos de América fueron clasificadas como sujetas a presiones de la justicia penal (SAMHSA, 2006b). En China, hasta alrededor del año 2005 el tratamiento había estado bastante próximo al encarcelamiento mismo; pocos ingresan salvo como consecuencia de un arresto. En la India, México y Nigeria, las pocas personas que se someten a tratamiento lo hacen sin coerción.

También varía la naturaleza del tratamiento disponible, aun entre las naciones prósperas. Como se señaló anteriormente, poco menos del 10% de los adictos a la heroína en Suecia están en un programa de sustitución, opción que refleja la idea sueca acerca de la idoneidad de las terapias de sustitución. En los Estados Unidos de América, la resistencia doctrinaria o ideológica a la metadona ha disminuido en los últimos años, pero persisten las barreras económicas y reguladoras. El resultado es que el 30% del estimado cuarto millón de usuarios admitidos para tratamiento por dependencia de la heroína están en tratamiento de sustitución, en su mayoría con metadona (SAMHSA, 2006b). En el Reino Unido, se calcula ahora que más de la mitad de los usuarios problemáticos reciben el tratamiento con metadona. China no permitía el uso de la metadona hasta el año 2004. Aun después de que el gobierno central autorizara un gran número de sitios experimentales, la cantidad de pacientes en tratamiento con metadona en enero del año 2005 era inferior a 2.000, lo que refleja la resistencia del gobierno local a la terapia de sustitución (Liu et al., 2006). La metadona sigue siendo de hecho imposible de conseguir en la India y Nigeria.

14.4.9 La notoriedad política y la maquinaria para la formulación de la política

Como se podría esperar, en los países con problemas de drogas más graves hay más discusión en la prensa. Durante el período de 1980 a 1995, los medios estadounidenses dieron una intensa cobertura a muchos aspectos de la política y el problema de las drogas. Si bien el uso problemático de drogas en los Estados Unidos de América sigue siendo alto según los criterios internacionales, la cuestión ha perdido notoriedad, tal vez porque no se ve que esté creciendo el problema. La notoriedad política es también muy alta en México a causa de la importancia de la violencia y la corrupción relacionadas con las drogas. Entre los siete países incluidos en este análisis, se considera que China y la India dedican la menor atención a las drogas en los medios de difusión (cuadro 14.2).

Como el problema de las drogas se ha vuelto más descollante en los últimos 20 años, ha habido una tendencia a una formulación más centralizada de las políticas de drogas. Los Estados Unidos de América tal vez haya sido el líder en este aspecto al crear la **Oficina de la Política Nacional sobre el Control de Drogas (ONDCP)** en el año 1989, cuyo director originalmente tenía jerarquía de ministro. La ONDCP a veces ha sido dirigida por personajes destacados a nivel nacional (un ex miembro del gabinete y un general de cuatro estrellas retirado), otras veces por personas bastante poco conocidas. En el Reino Unido hubo un “zar antidrogas” a fines de los años noventa, pero, desde el año 2001, no se ha asignado gran jerarquía o poder a la función de coordinación. El coordinador sueco para los asuntos relacionados con las drogas en los últimos años ha perdido cierta preponderancia. En China, México y Nigeria, existe un organismo nacional coordinador, pero no es muy importante. La India no tiene un organismo de ese tipo sino un ministro líder en áreas específicas de la política.

En la mayoría de los países, el organismo más poderoso en la política de drogas es el equivalente del Ministerio del Interior. Eso quizás refleje la realidad de que la aplicación de la ley predomina en los gastos, aun en naciones con una marcada orientación hacia la reducción de los daños como el Reino Unido y los Países Bajos, y que los problemas de drogas representan un porcentaje de las actividades de la policía, los tribunales y las instituciones penitenciarias, más elevado que el de las actividades de los médicos y los hospitales. En México y Nigeria, el Ministerio de la Defensa y los militares tienen una función de liderazgo, lo que indica que el problema de las drogas es considerado un problema de seguridad nacional (en México) y de política exterior (en Nigeria).

14.4.10 La orientación de las políticas de drogas

Como se sintetiza en el cuadro 14.1, los problemas de drogas de estos siete países son muy distintos. Por consiguiente, se podría esperar que los esfuerzos por combatir el uso de drogas ilegales tengan diferentes orientaciones políticas, como las que se presentan en el cuadro 14.2. En los Estados Unidos de América, es evidente que las drogas han sido vistas básicamente como un foco de delitos y alteración del orden y que la política de drogas se ha orientado hacia la justicia penal. Es notable que la publicación anual estadounidense National Drug Control Strategy no mencione el SIDA o la infección por el VIH. En México, la Secretaría de la Defensa cumple una función de liderazgo en la aplicación de la política de drogas, por ejemplo, al ocuparse de la erradicación de las drogas, porque el problema de las drogas se define principalmente como un problema de seguridad nacional. En Nigeria, es una cuestión de relaciones internacionales más que de seguridad nacional; el tráfico de drogas amenaza la respetabilidad del país.

Las diferencias en las políticas de drogas de estos países reflejan la interacción de la política, la cultura y el uso de drogas. Suecia es una nación disciplinada con un sólido compromiso del gobierno de ayudar a los ciudadanos. Por una parte, es, según los criterios europeos, un país muy enérgico en la aplicación de la ley, pero, al mismo tiempo, ofrece programas adecuadamente financiados para el tratamiento de las adicciones y una gran variedad de servicios sociales y de salud. En México, la respuesta al uso interno de drogas se ha visto restringida por la debilidad de los niveles inferiores de gobierno; el gobierno federal no está bien situado para proporcionar servicios de tratamiento o aplicar las leyes contra la distribución local. En los Estados Unidos de América, la intensidad de la respuesta de aplicación de la ley al uso de drogas sin duda está condicionada en parte por el hecho de que se consideraba que la epidemia de cocaína era responsable del rápido incremento de los homicidios y delitos violentos en las ciudades estadounidenses en los años ochenta (véase, por ejemplo, Levitt, 2004).

Estas orientaciones no son fijas. Los países cambian con el tiempo en cuanto a la forma en que perciben el problema de las drogas. Hasta fines de los años sesenta, en el Reino Unido el problema de las drogas se consideraba un problema para los médicos, quienes estaban a cargo del tratamiento de una cantidad modesta de casos iatrogénicos de dependencia de la heroína. Para los años sesenta, se había convertido claramente en un problema importante para el sistema de justicia penal, el cual finalmente recurrió a la ayuda del sistema de salud pública para abordarlo. Las modificaciones de la orientación de la política en Nigeria tal vez reflejen el cambio desde un régimen de gobierno civil a otro militar, donde este último prefiere más que los gobiernos civiles las políticas orientadas a la justicia penal.

14.5 Conclusiones

Estas variaciones en los siete países no incluyen toda la gama de problemas y respuestas de las naciones. Los Estados Unidos de América puede ser duro en su enfoque de los problemas de drogas, pero no iguala la severidad de algunas naciones en ciertos aspectos. La ciudad-nación de Singapur, con una población de cinco millones de habitantes, ejecutó a 17 personas en el año 2000 por delitos relacionados con las drogas; la posesión de más de 30 gramos de heroína es suficiente para hacerse acreedor de esa sanción. Irán, con una población de 70 millones de habitantes, quizás haya ejecutado hasta 1.000 infractores por año en los años ochenta. Algunos países tienen un compromiso con el tratamiento aun mayor que el del Reino Unido; por ejemplo, los Países Bajos ofrecen tratamiento con metadona, a menudo con un umbral bajo, a todo adicto a la heroína que lo solicite.

Es evidente que ningún conjunto único de políticas es adecuado para todos estos países. Lo que es posible y apropiado en una democracia estable y próspera como la de Suecia, que tiene un problema interno de drogas bien circunscrito, puede no ser viable ni conveniente para una nación como Nigeria, cuyo problema de drogas está determinado en gran medida por factores del mercado que están más allá de sus fronteras. La política de cada país puede ser sustentada por el análisis científico, pero las opciones de la política no serán uniformes.

15. Servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas: los sistemas

Los usuarios de drogas reciben ayuda de diversos servicios sociales y de salud creados específicamente para ellos, que fueron examinados en el capítulo 9. Este capítulo avanza en el análisis y considera los programas de servicios en el contexto de sistemas más amplios, junto con sus repercusiones a nivel de la población. Específicamente, en este capítulo se examina cómo los programas sociales y de salud interactúan entre sí y con los tipos más generales de programas de servicios a que tienen acceso los usuarios de drogas, por ejemplo, los que proporcionan capacitación profesional, prestaciones sociales y atención de salud de urgencia. También se analiza cómo están organizados, financiados y administrados los sistemas de servicios.

En los últimos años, han aumentado las investigaciones sobre los sistemas de servicios (Babor et al., 2008a), pero continúan siendo considerablemente menos desarrolladas desde el punto teórico y metodológico que las investigaciones sobre intervenciones particulares. La utilidad de adoptar una perspectiva de sistemas es pragmática y teórica: las opciones de la política relacionadas con la organización del tratamiento y los servicios sociales a nivel de sistemas probablemente tengan más repercusiones en la capacidad de la sociedad de reducir los problemas de drogas a nivel de la población, en comparación con las decisiones acerca de uno u otro programa individual de servicios.

15.1 ¿Por qué algunas sociedades invierten en servicios para los usuarios problemáticos de drogas?

La dependencia de las drogas tiene muchos efectos externos que es virtualmente imposible que sean ignorados por las sociedades, como la violencia doméstica, los delitos patrimoniales, la alteración del orden público, la transmisión de enfermedades infecciosas y las muertes por sobredosis. Aun en los casos en que el usuario de drogas no ve una razón para cambiar su comportamiento, las personas en el entorno social inmediato del usuario con frecuencia se sienten motivadas a adoptar medidas correctivas. En consecuencia, los encargados de formular las políticas sienten una gran necesidad de hacer *algo* acerca del problema de los usuarios de drogas y la reacción más común en todo el mundo es aplicar alguna forma de castigo. Prácticamente todas las sociedades establecen restricciones jurídicas para algunas drogas y aplican sanciones al menos a algunos usuarios, ya sea en forma de multas, encarcelamiento o, en casos extremos, la pena de muerte. Sin embargo, una minoría de las sociedades también hacen una inversión sustancial en servicios sociales y de salud para los usuarios de drogas, que no son de carácter punitivo. ¿Qué lleva a ciertas sociedades y no a otras a adoptar esta política?

Después de la Segunda Guerra Mundial, una serie de sociedades occidentales comenzaron a cambiar de una política de respuestas orientada al castigo a respuestas más rehabilitadoras para muchos problemas

sociales, incluida la dependencia de drogas. Este fenómeno coincidió con el crecimiento del estado benefactor y el surgimiento de movimientos sociales que deseaban reformar a las personas adictas (White, 1998). Más recientemente, países no pertenecientes al mundo occidental desarrollado que históricamente tenían un enfoque punitivo han introducido diversos elementos médicos y psicosociales en su respuesta al problema. A veces esos elementos son paralelos a una respuesta de la justicia penal o se integran en ella (por ejemplo, la reciente introducción del mantenimiento con metadona en varias partes de China). Una explicación frecuente de por qué algunas sociedades proporcionan servicios y no solo sanciones a los usuarios de drogas es que pueden hacerlo. Por ejemplo, el personal asistencial en todo el mundo menciona comúnmente la falta de recursos financieros como explicación de la escasez de servicios (Gossop, 1995). No obstante, esta impresión subjetiva puede llevar a errores porque proporcionar servicios de rehabilitación a los usuarios masivos de drogas no es necesariamente más costoso y, de hecho, los servicios pueden ser menos costosos que las medidas de la justicia penal.

El simple pragmatismo tal vez sea una mejor explicación del incremento de servicios como respuesta a los usuarios problemáticos de drogas en algunos países. No se exagera al decir que las personas que no consumen drogas pueden beneficiarse considerablemente cuando se proporcionan servicios a los usuarios de drogas y, por lo tanto, la elección de la política no debe basarse en decidir si se desea ayudar a los usuarios de drogas “en oposición a” la sociedad en general. Zaric y sus colegas (2000), por ejemplo, mostraron que sostener el sistema estadounidense de consultorios para el mantenimiento con metadona cuesta menos que asistir a todos los casos de infección por el VIH/SIDA entre no usuarios de drogas que previene el sistema actual. Cuando los costos del comportamiento delictivo y de la respuesta de la justicia penal se incluyen en el cálculo, se vuelve aun más evidente el beneficio social más amplio que resulta de ayudar a los usuarios de drogas. Por ejemplo, en el Reino Unido, las estimaciones del costo-efectividad vinculadas con el Estudio Nacional de los Resultados del Tratamiento encontraron que, por cada libra gastada en el tratamiento, hubo una reducción de £3 en costos públicos (Gossop et al., 2001; Godfrey et al., 2004).

Un enfoque orientado puramente al castigo para el uso de drogas puede ser bastante costoso en sí mismo, en particular cuando las drogas están a disposición de más personas en más países. En el capítulo 3 se señaló la cantidad extraordinaria de personas que usan drogas en todo el mundo. En el mismo sentido, el informe sobre el uso indebido de drogas en el Reino Unido elaborado por el Colegio Real de Psiquiatras y el Colegio Real de Médicos (2000) describió cómo las observaciones acerca de los altibajos del uso de drogas debían ser interpretadas en el contexto del continuo crecimiento en el transcurso del tiempo a medida que la prevalencia del uso de drogas aumenta en la mayoría de las sociedades. Como respuesta política, el encarcelamiento de todo usuario de drogas que contribuya a esta pandemia mundial sería extraordinariamente costoso por el gasto directo que implica y por la eliminación de la economía de una cantidad significativa de personas en edad de trabajar. Por consiguiente, algunas sociedades han establecido sistemas de servicios no a causa de algún movimiento social o de un cambio general en el gobierno sino simplemente por razones prácticas. En el caso de Irán, por ejemplo, la súbita legitimación de los servicios para usuarios de drogas (Vick, 2005) probablemente fue impulsada por el temor de que la epidemia de uso de heroína y de la infección por el VIH entre los hombres en edad de trabajar pudiera causar un total colapso económico y social.

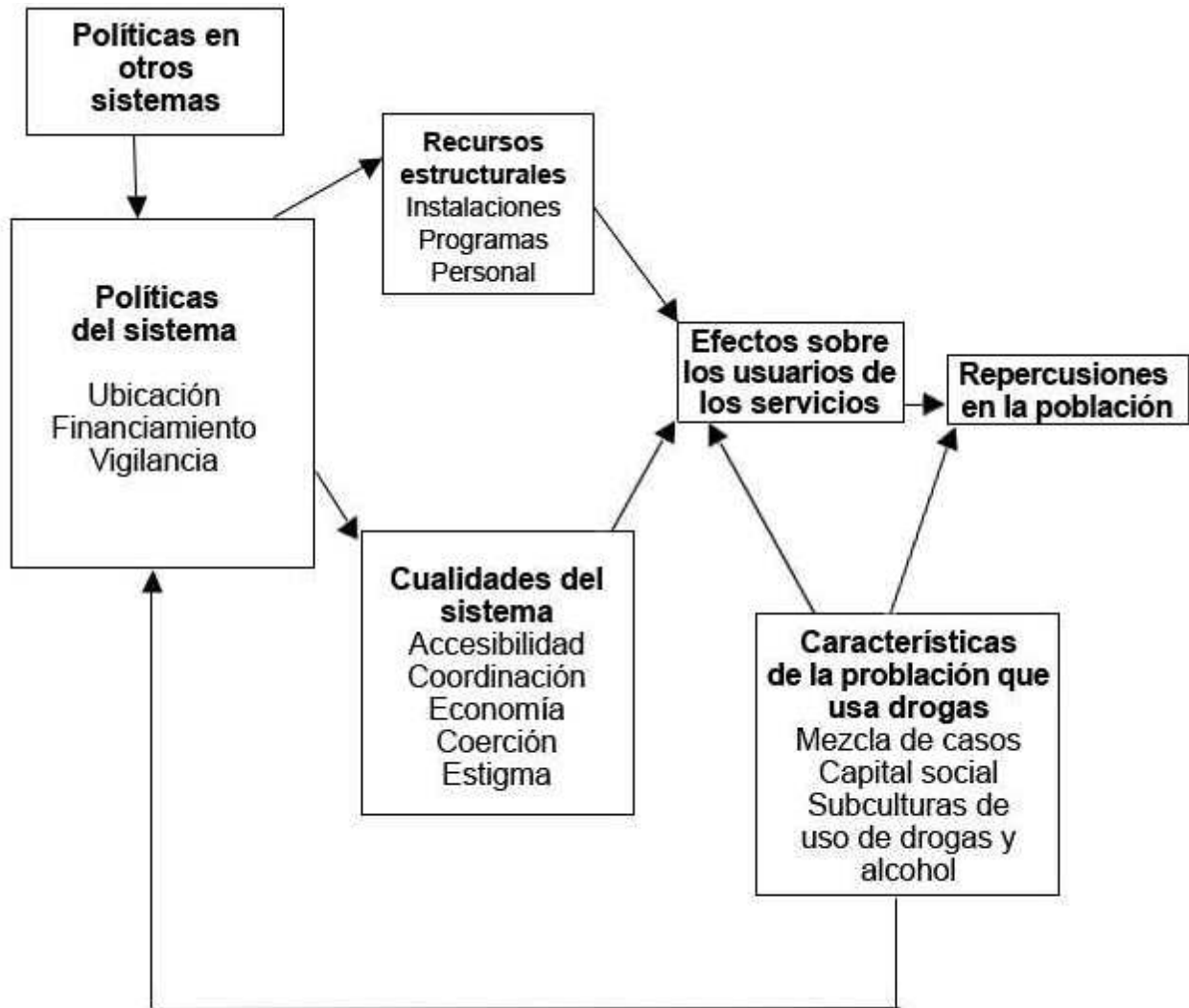
15.2 ¿Qué es el sistema de servicios?

Klingemann y sus colegas (1992, p.4) usan el término sistema para referirse en forma general a las organizaciones y programas que proporcionan servicios a las personas con problemas relacionados con el uso de sustancias y, en un sentido más amplio, a la interconexión de distintos organismos, programas y canales de referencia que proporcionan servicios de apoyo. El término *sistema* implica coherencia y organización, pero, de hecho, es solo un instrumento útil para el análisis (Hunt y Dong Sun, 1998). Los países varían en cuanto a la medida en que los componentes del sistema se integran, se traslapan o se complementan y satisfacen las necesidades de sus poblaciones beneficiarias. En la mayoría de los países, los servicios para los trastornos causados por el uso de sustancias son fragmentarios y heterogéneos y están financiados y manejados por múltiples organismos que están distribuidos en diferentes zonas geográficas y en distintos niveles y dependencias del gobierno.

Conceptualizar los servicios sociales y de salud para usuarios de drogas como un sistema plantea numerosos interrogantes que en general no son evidentes en los análisis de programas individuales que ofrecen esos servicios. Por ejemplo, dada una cantidad fija de recursos económicos, ¿hay formas de diseñar sistemas de servicios que minimicen los costos y aumenten al máximo las repercusiones en la población? Si los servicios más costosos (por ejemplo, el mantenimiento con heroína) son muy atractivos para los usuarios de drogas, ¿desplazarán a otros servicios menos costosos y se reducirá el acceso? ¿Cómo debe un sistema equilibrar la necesidad de servicios de gran intensidad para los usuarios de drogas más gravemente afectados con el deseo de ser accesibles para una amplia gama de personas, incluidas las que tienen problemas de drogas menos graves? Después de concentrarse durante decenios casi exclusivamente en los resultados de tipos individuales de programas de servicios, como las diferentes clases de orientación sobre las drogas, la terapia para la familia, el intercambio de agujas o la terapia de sustitución de opiáceos, más recientemente los investigadores han prestado atención a estos tipos de interrogantes a nivel de los sistemas.

La figura 15.1 presenta un modelo conceptual para describir sistemas de servicios y sus efectos, que ha sido adaptado del trabajo de Babor y sus colegas (2008a). Las políticas de sistemas son las decisiones básicas adoptadas por los encargados de formular las políticas acerca del tipo, la cantidad y la organización de los servicios. La ubicación se refiere no solo a la localización física de consultorios y otras instalaciones sino también a dónde están situados administrativamente los servicios. Por ejemplo, en algunos países los servicios son administrados por un organismo de salud mental, mientras que en otros se vinculan administrativamente con organismos de aplicación de la ley o de bienestar social. El *financiamiento* se refiere a la cantidad de fondos asignados para los servicios y su origen, por ejemplo, tarifas cobradas a los usuarios, presupuestos gubernamentales o inversiones del sector privado. La *vigilancia* se refiere a si se evalúan y cómo se evalúan la calidad, el costo y los resultados y cómo los integrantes del personal de los servicios son seleccionados, capacitados y supervisados.

Figura 15.1 Modelo conceptual de las repercusiones de los sistemas de servicios en la población



Fuente: Babor et al. (2008a).

Al tomar decisiones concernientes a cualquier elemento descrito en el modelo conceptual, los encargados de formular las políticas están hasta cierto punto limitados por dos factores importantes: las decisiones sobre la política en otros sistemas y las características de la población que usa drogas. Un ejemplo del primero son las leyes que especifican lo que sucede a los usuarios de drogas, ya sea una sanción, ayuda o alguna combinación de ambas cosas. Un ejemplo del segundo factor son los recursos económicos de los usuarios de drogas de una sociedad, que determinarán en parte la medida en que los encargados de las políticas deben basarse en la inversión pública para sostener los sistemas de servicios.

Como se muestra en la figura, las políticas de un sistema de servicios influyen en los recursos estructurales y las cualidades del sistema. Los primeros incluyen los aspectos tangibles del sistema, como la cantidad y el tipo de instalaciones (por ejemplo, hospitales, consultorios, camionetas para servicios de extensión, líneas de atención telefónica), los programas realizados en las instalaciones (por ejemplo, desintoxicación breve, evaluación diagnóstica, orientación sobre la reducción de los riesgos, capacitación profesional, psicoterapia) y las características del personal de los programas (por ejemplo, orientadores titulados, trabajadores sociales, psiquiatras, personas en recuperación). Las cualidades de los sistemas son menos tangibles, pero pueden ser tan importantes como los recursos estructurales de un sistema. En el recuadro 15.1 se definen esas cualidades.

El modelo conceptual postula que los recursos estructurales y las cualidades del sistema, junto con las características de la población que usa drogas, se combinan para producir dos resultados importantes. El primero y más obvio de esos resultados es el efecto sobre los usuarios mismos de los servicios. El segundo son las repercusiones en la población, incluidas las personas que no tienen un problema de drogas. Las repercusiones en la población pueden producirse en muchos ámbitos, como la salud (por ejemplo, la incidencia de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre), la seguridad pública (por ejemplo, la cantidad de delitos patrimoniales), el bienestar social (por ejemplo, las tasas de maltrato de los niños) y las finanzas (por ejemplo, la carga tributaria).

15.3 La investigación de sistemas sobre servicios sociales y de salud para los usuarios problemáticos de sustancias

La investigación de sistemas ha seguido tres líneas de indagación: los estudios históricos, los estudios comparativos y los estudios analíticos. La mayoría de las investigaciones históricas sobre los sistemas de programas vinculados con las drogas (y el alcohol) se han limitado a un solo país. Algunos estudios han examinado las políticas, los acontecimientos o las formulaciones de los problemas que están detrás de los principales cambios en los sistemas, como los cambios de los grupos destinatarios (Room, 1978; Rosenqvist y Stenius, 1986; Blomqvist, 1998; Stenius, 1999; Thom, 2000). Una conclusión general de esos estudios es que en los grandes cambios en la organización, los métodos e, incluso, la extensión de los servicios, han influido poco los resultados científicos concernientes a la efectividad de un determinado modelo de organización de los programas. Sin embargo, las investigaciones han sido tenidas en cuenta en mayor medida en países como Finlandia y Suecia, donde las reformas posteriores a la Segunda Guerra Mundial fueron inspiradas por la ciencia médica y la profesionalización. En el caso del tratamiento del alcoholismo, esto llevó gradualmente a un incremento de la atención ambulatoria con el fin de asistir a un sector de la población de bebedores problemáticos más

amplio que el atendido en los servicios de internación (Rosenqvist y Kurube, 1992; Blomqvist, 1998; Ahonen, 2005). Acontecimientos posteriores han dado como resultado una división de facto del sistema de servicios en atención profesionalizada para quienes cuentan con mejores recursos económicos y sociales y un tipo menos ambicioso de atención para la población pobre y marginada (Kaukonen y Stenius, 2005).

Recuadro 15.1 Cualidades clave de los sistemas de servicios para usuarios de drogas

- *Accesibilidad.* La accesibilidad se refiere al grado de facilidad o dificultad para ingresar al sistema de servicios y la medida en que se proporcionan los servicios necesarios después de la admisión. Los servicios tienden a ser más accesibles en los sistemas que ofrecen muchos puntos de ingreso (como podría hacerlo un sistema basado en la atención primaria), en comparación con los que tienen menos puntos de ingreso (como podría suceder en un sistema basado en la atención psiquiátrica). Los sistemas menos estructurados, principalmente el sector de organizaciones de beneficencia, pueden tener una ventaja mayor en términos de accesibilidad debido al bajo umbral requerido para el ingreso (por ejemplo, no hay que llenar formularios, no existe un proceso burocrático y es poco o nulo el costo financiero).
- *Coordinación.* En la medida en que se proporcionan distintos tipos de servicios a los usuarios de drogas, la coordinación se refiere a que los servicios sean prestados de manera concertada y no aleatoria, y a que los distintos programas del sistema funcionen en forma sinérgica y no de manera independiente o antagónica. En general, la coordinación tiende a ser mejor cuando los servicios con los cuales un prestador quiere coordinar la atención son ofrecidos por el mismo sistema en el cual se brindan los servicios para los usuarios de drogas. Por ejemplo, un sistema para usuarios de drogas basado en la atención primaria tal vez ofrezca un acceso más fácil a servicios médicos, pero menos acceso a servicios sociales, que un sistema basado en el sistema de bienestar social.
- *Economía.* Una vez establecido el presupuesto en el nivel administrativo, el término economía se refiere a que los servicios sean costo-efectivos (es decir, dados los mismos costos totales, ¿se podrían lograr mejores resultados con un sistema diferente?). La economía a menudo se logra compartiendo costos fijos (por ejemplo, el espacio físico). Un ejemplo son los servicios de tratamiento en las prisiones en los cuales los alimentos, el alojamiento y la vigilancia durante las 24 horas ya están pagados y, por lo tanto, el costo adicional de proporcionar servicios para los usuarios de drogas es comparativamente pequeño.
- *Coerción.* El grado de coerción o presión sobre los usuarios de drogas para que busquen los servicios varía según los sistemas. Es más elevado en el sistema de justicia penal, pero a menudo está presente en formas más sutiles (por ejemplo, la presión de la familia) en otros tipos de servicios. La coerción aumenta la demanda de servicios y no parece reducir la efectividad (Wild, 2006), si bien puede estigmatizar los servicios para los usuarios de drogas y a las personas que los usan y las que trabajan en ellos.

Recuadro 15.1 (continuación)

- Estigma. La medida en que los servicios son subjetivamente considerados como de categoría inferior, vergonzantes y sin valor, sin tener en cuenta sus características objetivas, se expresa con el término estigma. Diferentes disposiciones pueden influir en que el uso de servicios de tratamiento para los problemas de drogas sea o no considerado vergonzante, y que proporcionar esos servicios sea considerada una actividad de poco o gran prestigio. En muchas sociedades, los servicios basados en la atención médica son menos estigmatizados que los servicios independientes, los prestados en las prisiones y los servicios de salud mental.

Entre los estudios comparativos más conocidos está la encuesta de la **Organización Mundial de la Salud** (WHO, 1993) de los servicios para usuarios de drogas, que proporciona importante información sobre sistemas en diferentes regiones del mundo. Se cuenta con servicios especializados de tratamiento para los usuarios de drogas en más de 80% de los países de las Américas, Europa y Asia Sudoriental. Estas regiones también suelen informar que una proporción elevada de los servicios están situados en hospitales psiquiátricos, hospitales escuela y hospitales generales. En contraste, las regiones constituidas predominantemente por países de ingresos medianos y bajos (por ejemplo, las regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental) tienden a ofrecer proporciones elevadas de sus servicios de tratamiento para usuarios de drogas en entornos de atención primaria de salud. Otros países han situado los servicios para usuarios de drogas en el sistema de servicios de bienestar social, en organizaciones religiosas y de beneficencia y en el sistema de justicia penal. En estas decisiones ha influido una combinación de circunstancias históricas, regímenes jurídicos, recursos para el financiamiento y promoción por los profesionales (véase, por ejemplo, Klingemann y Hunt, 1998; Porter et al., 1999). En el recuadro 15.2 se describen los diversos componentes de los sistemas contemporáneos de servicios sociales y de salud. Algunos países usan una combinación de componentes, mientras que en otros predomina solo uno.

Otros estudios internacionales han combinado perspectivas históricas y comparativas para vigilar la evolución de los sistemas de servicios relacionados con las drogas y el alcohol durante el último cuarto del siglo XX (Klingemann et al., 1992, 1993). Un estudio de los servicios de tratamiento para los usuarios de drogas efectuado en 23 países (Gossop, 1995) encontró que el personal asistencial percibía una escasez de recursos para este tipo de servicios y muchos informaban un grado inadecuado de capacitación profesional. No obstante, muchos de esos mismos países comunicaron el gasto de cantidades considerables para los usuarios de drogas en el sistema carcelario. En países como Congo, donde no existen servicios especializados para los problemas de drogas o alcohol, los curanderos nativos proporcionan la mayor parte de la atención. En muchos países, la disparidad entre la oferta y la demanda de servicios se complica debido a la muy irregular distribución geográfica de los servicios, que tienden a concentrarse en las grandes ciudades. Si bien 70% de los países incluidos en la encuesta prestan los servicios principalmente en establecimientos sin internación, España, Ghana, Nigeria, Noruega y Pakistán prefieren los entornos con internación (Gossop, 1995). En Alemania, Japón, Perú y Polonia, los usuarios problemáticos de drogas y alcohol son asistidos en programas específicos independientes. No obstante, en la mayoría de los otros países los servicios están integrados. En algunos países, organizaciones de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos y la Croix Bleu están lo

suficientemente bien establecidas para aportar una contribución sustancial al sistema nacional de servicios proporcionados por profesionales (Gossop, 1995).

Otro estudio comparativo internacional (Rush, 1996; Lehto, 1998) realizado en 18 países encontró que la mayoría de los países tienen algunos servicios especializados de tratamiento para los usuarios de drogas, pero esos servicios tienden a estar más fragmentados que los servicios generales de salud del mismo país. Muchos países con atención universal de salud tratan la intoxicación con drogas, los síntomas de abstinencia y la dependencia en el sistema médico general. Dentro de los países, las variaciones de la disponibilidad de servicios se relacionan con la medida en que los servicios destinados a los usuarios de drogas están aislados del resto del sistema de atención de salud.

Recuadro 15.2 Dónde están ubicados los servicios en los distintos países

1. *Servicios especializados para usuarios de drogas y alcohol.* En muchos países, en particular los desarrollados, los servicios de tratamiento para los usuarios de drogas están ubicados, administrados y financiados por separado. Un ejemplo serían los cientos de consultorios independientes para el mantenimiento con metadona que existen en los Estados Unidos de América. Los servicios para los usuarios de drogas a veces se combinan con los destinados a los usuarios de alcohol. En muchas sociedades occidentales, se establecieron servicios para las personas dependientes del alcohol antes que los servicios para los usuarios de drogas. Algunos gobiernos siempre han contado con un solo modelo de servicios para “el uso indebido de sustancias”, otros han separado los servicios para los usuarios de drogas de los destinados a los usuarios de alcohol y hay otros que han cambiado de un modelo al otro. Cualquiera que sea la designación oficial como servicios para el tratamiento de la adicción a las drogas o al alcohol, en la mayoría de los casos hay un considerable traslape de los usuarios de los servicios. Como se muestra en el capítulo 3, los problemas de alcohol y los problemas de drogas están muy relacionados entre sí a nivel individual.

2. *Atención psiquiátrica.* En la mayoría de las regiones del mundo, los servicios para los usuarios de drogas están situados al menos parcialmente en el contexto de los servicios psiquiátricos y de salud mental. En muchos países desarrollados, los servicios para el tratamiento de las adicciones a drogas se establecieron inicialmente como una subespecialidad de la medicina psiquiátrica antes de convertirse en un sistema independiente. En otros países, como Rusia, todavía no se ha producido la separación y los servicios mínimos para los usuarios de drogas tienden a hacer hincapié en el tratamiento médico proporcionado en instituciones psiquiátricas. En los últimos años, algunas sociedades que tienen sistemas separados para los usuarios de drogas y para la salud mental han comenzado a fusionar algunos servicios para asistir a personas con “diagnóstico dual”.

3. *El sistema de atención médica general, incluida la atención primaria de salud, los hospitales generales y los hospitales escuela.* Este modelo está más desarrollado en el Reino Unido, si bien se aplica también en otras partes del mundo desarrollado (por ejemplo, en Australia y Nueva Zelanda)

Reuadro 15.2 (continuación)

y es la única forma de acceso a servicios en algunos países en desarrollo. En el Reino Unido, se ha instado a los médicos de cabecera (médicos generales) a tratar problemas de adicción y aproximadamente la tercera parte de los usuarios dependientes de la heroína que reciben tratamiento son asistidos por un médico general local. La naturaleza del tratamiento proporcionado es en términos generales comparable a los tratamientos ofrecidos por especialistas en adicciones en los hospitales (Strang et al., 1996, 2007).

4. *El sistema de justicia penal/penitenciario.* En muchos países (por ejemplo, China, Japón, los Estados Unidos de América y Rusia), los servicios para el tratamiento de las adicciones a drogas están vinculados con programas de la justicia penal (Porter et al., 1999). Grandes cantidades de usuarios de drogas naturalmente terminan por tener contacto con autoridades judiciales en casi todos los países porque las sustancias que usan, las cosas que hacen para pagar por ellas o las acciones que realizan mientras las usan (la violencia) son ilegales. La coordinación de los programas de la justicia penal y los servicios de tratamiento para las adicciones a drogas adopta muchas formas, como los tribunales para delitos relacionados con las drogas, los programas de orientación en las prisiones, los programas de intercambio de jeringas para las personas encarceladas, las comunidades terapéuticas posteriores a la liberación de prisión, la vigilancia de las pruebas de orina de las personas en libertad condicional o en libertad bajo vigilancia y la coerción indirecta (por ejemplo, los usuarios de drogas que voluntariamente buscan servicios con la esperanza de que esto reducirá la condena si son declarados culpables en un juicio próximo).

5. *El sistema de asistencia social/el sistema de servicios para los jóvenes.* Los servicios para los usuarios de drogas están integrados en los servicios de asistencia social o los servicios para los jóvenes en algunos países, como Suecia, Noruega o Hungría. Esos sistemas pueden incluir servicios relacionados con la capacitación laboral, el alojamiento, la rehabilitación psicosocial y el apoyo a la familia.

6. *El sector de beneficencia.* Las organizaciones religiosas son importantes prestadores de servicios para usuarios de drogas en muchos países. En Ghana e Irak, por ejemplo, hay curanderos tribales que llevan a cabo complejas ceremonias encaminadas a expulsar problemas psiquiátricos y de adicción. En los Estados Unidos de América y México, la grey de algunas iglesias cristianas está constituida principalmente por ex usuarios de drogas. Las organizaciones y programas religiosos son solo parte del sector de beneficencia. Los grupos de autoayuda, los centros de acogida atendidos por voluntarios, las líneas telefónicas de ayuda y los grupos de usuarios que promueven prácticas más seguras de inyección son algunos de los servicios que existen en el sector de beneficencia no religioso. Polonia, Australia y Perú son ejemplos de sociedades en las cuales existen cantidades considerables de esas organizaciones.

Otros estudios han evaluado los efectos de las cualidades de los modelos de organización y los sistemas de servicios. En un estudio de casi 1.900 usuarios de sustancias clientes de servicios médicos y sociales, que se efectuó en el condado de Estocolmo en el período 2000-2004, una mitad del condado se caracterizó por una mayor atención ambulatoria y una mejor integración de los servicios, mientras que la otra mitad tenía más servicios de tratamiento en instituciones y menos integración (Stenius et al., 2005). El sistema integrado de atención ambulatoria se desempeñaba mejor en cuanto a atraer a los servicios a los grupos vulnerables y la integración y la disponibilidad se correlacionaban con la satisfacción de los clientes con los servicios.

En un estudio cualitativo realizado en 12 estados de los Estados Unidos de América, Gelber y Rinaldo (2005) encontraron que la colaboración efectiva entre el principal organismo de tratamiento del uso indebido de sustancias y otros organismos gubernamentales y comunitarios es un requisito fundamental para mantener servicios eficientes. Este estudio también encontró que la asignación y el posicionamiento en la organización que tiene un organismo para el tratamiento del uso indebido de sustancias dentro del gobierno estatal influye en la autoridad de la política, la visibilidad del organismo, los niveles de financiamiento, la capacidad de colaboración y la capacidad de atraer y retener personal competente. Si bien es modesta la cantidad de investigaciones, estas confirman la utilidad de conceptualizar los servicios en una perspectiva de sistemas. Las investigaciones también muestran que las decisiones acerca de la política del sistema influyen considerablemente (como sugiere la figura 15.1) en los recursos estructurales y las cualidades de los servicios proporcionados.

15.4 De la eficiencia clínica a los efectos en la población

Desde una perspectiva clínica, se piensa en los beneficios de los servicios en términos de pacientes o clientes individuales, pero, en el marco de la salud pública, reciben más atención las repercusiones en la población que tienen los sistemas de intervención. Nunca se debe esperar que los servicios sociales y de salud eliminen el problema de drogas de un país (Reuter y Pollack, 2006), pero pueden hacer un aporte importante a la reducción de los delitos relacionados con las drogas, las enfermedades infecciosas, las sobredosis y la cantidad de drogas consumidas.

En el capítulo 9 se examinaron las investigaciones que documentan que las intervenciones efectivas no solo reducen el consumo de drogas de los usuarios de los servicios sino que también producen en ellos mejores resultados psiquiátricos, médicos y de empleo, al igual que un menor riesgo de sobredosis, delitos e infección por el VIH. Más allá de estos efectos individuales, los sistemas de servicios pueden tener repercusiones a nivel de las comunidades y las poblaciones. En el recuadro 15.3 se presentan tres ejemplos destacados de cómo los cambios en el sistema de servicios pueden tener amplios efectos. Otros estudios que señalan que son posibles estos efectos han sido realizados por investigadores británicos y estadounidenses, quienes han demostrado que los usuarios de drogas incluyen una gran proporción de vendedores de cocaína y heroína (Reuter et al., 1990; Gossop et al., 2003). En el Estudio Nacional de los Resultados del Tratamiento efectuado en el Reino Unido, una tercera parte de los presos entrevistados informaron que habían vendido drogas en los tres meses anteriores al tratamiento (Gossop et al., 1999) y, después de un año en tratamiento, la cantidad de delitos de venta de drogas era de solo 13% de los delitos registrados al ingresar al tratamiento (Gossop et al., 2003). Si un suministro amplio de servicios reduce considerablemente el número de usuarios de drogas

dedicados al tráfico de drogas, la expansión de los servicios puede ser una forma de reducir los delitos relacionados con las drogas más eficiente que una intensificación de las actividades de aplicación de la ley.

Los resultados de la investigación sobre los efectos de los sistemas de servicios para los usuarios de drogas se complementan con datos más extensos sobre las repercusiones de los servicios vinculados con el alcohol en la población, en particular los grupos de alcohólicos anónimos y el tratamiento administrado por profesionales. En un análisis de los datos obtenidos en Ontario, Canadá (donde la cantidad de personas dependientes del alcohol que recibían tratamiento aumentó en 76% entre los años 1976 y 1982), Mann y sus colegas (1988) encontraron que los aumentos en la proporción de personas dependientes del alcohol en tratamiento se asociaban con disminuciones de la morbilidad por cirrosis hepática. En un examen integrador de esta investigación, Smart y Mann (2000) concluyeron que: 1) en la mayoría de los estudios, los aumentos de los miembros de Alcohólicos Anónimos y de la cantidad de servicios prestados por profesionales en una zona geográfica se asocian con menores tasas de problemas de alcohol; 2) en algunos países, esos cambios pueden ser lo suficientemente grandes para producir repercusiones considerables en las hospitalizaciones y las defunciones por cirrosis hepática. Si bien estos resultados surgieron en investigaciones mediante observaciones y no en estudios aleatorizados, proporcionan un indicio preliminar de que los sistemas de servicios pueden afectar a la salud de la población.

15.5 ¿Cuál es la inversión financiera óptima en sistemas de servicios?

Las decisiones sobre las políticas afectan no solo a los recursos y la calidad del sistema sino también a sus efectos en la población. Los tipos y combinaciones de servicios óptimos en términos de su efectividad en función del costo y sus repercusiones en los indicadores de salud de la población probablemente variarán según las sociedades, lo cual hace difícil formular generalizaciones sencillas. Esto sucede por dos razones. En primer lugar, sociedades diferentes ponderarán los distintos resultados en diversas formas (por ejemplo, mientras que una sociedad puede considerar que la coerción que agregan los tribunales para delitos relacionados con las drogas es un precio demasiado alto que pagar por la reducción de los problemas de drogas, otra sociedad quizás no lo considere un precio sino un bien público). En segundo lugar, a menudo existe una tensión recíproca entre las cualidades del sistema de servicios. Por ejemplo, la amplia expansión de servicios de poca intensidad aumenta la accesibilidad y hace al sistema más atractivo para los usuarios de escasa gravedad, pero, al mismo tiempo, puede reducir los recursos intensivos que necesitan los usuarios masivos de drogas. Tener un sistema de especialistas distintos para los usuarios de drogas tal vez mejore la coordinación de los servicios dentro de ese sistema, pero debilitará los vínculos con otras partes del sistema de atención de salud, como los departamentos de enfermedades infecciosas y de psiquiatría. En muchos casos, existen estas tensiones a causa de la limitación de los recursos. Por consiguiente, es útil considerar ahora una de las preguntas fundamentales de los sistemas de servicios: ¿cuál es la cantidad apropiada de recursos?

Recuadro 15.3 Tres cambios en el sistema de servicios que dieron buenos resultados

1. *Introducción de servicios en gran escala de sustitución de opiáceos en Francia y Suiza.* En los años noventa, Francia y Suiza crearon grandes sistemas de servicios de sustitución de opiáceos. El número de individuos que recibieron esos servicios en Francia aumentó de casi cero a alrededor de 100.000 en el transcurso de un decenio; el cambio en Suiza fue igualmente notable. Ambos países experimentaron sustanciales beneficios a nivel de la población. En Francia, los datos desde el año 1996 al año 2003 muestran una impresionante disminución de 75% de los arrestos relacionados con la heroína (Emmanuelli y Desenclos, 2005) y también declinaron la mortalidad vinculada con las drogas y los casos de sida (Wiessing et al., 2009). Un aspecto negativo de esta política fue una comparativamente pequeña cantidad de defunciones por sobredosis de metadona y buprenorfina desviadas del uso médico (17 casos en el año 1998; véase Auriacombe et al., 2001). En Suiza también se produjeron grandes disminuciones en los delitos y el mercado mismo de heroína tal vez haya sido considerablemente perturbado a causa de la salida de un gran número de usuarios masivos (anteriores clientes), muchos de los cuales eran también vendedores de heroína (Killias y Aebi, 2000).

2. *Creación del sistema de tribunales para los delitos relacionados con las drogas en los Estados Unidos.* Comenzando con Miami en el año 1989, diversos estados y ciudades estadounidenses empezaron a crear tribunales especializados que procesan únicamente casos de drogas y que usan el poder judicial para premiar ciertos comportamientos (por ejemplo, ingresar en el tratamiento, pruebas de orina en las que no se detectan drogas) y castigan otros (por ejemplo, el uso de drogas, los delitos). Hay ahora más de 1.000 de esos tribunales en los cincuenta estados del país. Una creciente base de investigaciones, que incluyen ensayos aleatorizados (Gottfredson et al., 2003), muestra que los tribunales para delitos relacionados con las drogas reducen los delitos, promueven la participación en el tratamiento y son menos costosos que el encarcelamiento. Los otros efectos sistémicos de estos programas son una mayor fusión de los sistemas de justicia penal y de servicios en los Estados Unidos de América, que incrementa el número de individuos que buscan los servicios, pero que también puede crear un mayor estigma para los servicios que el que existiría en un sistema puramente voluntario.

3. *Promoción de pautas para la práctica clínica de la sustitución de opiáceos en el Reino Unido.* A partir del año 1996, el gobierno británico comenzó a formular pautas conspicuas para mejorar los servicios de sustitución de opiáceos y las promovió intensamente durante varios años. Una encuesta efectuada en el año 2005 (Strang et al., 2007) encontró a partir del año 1995 cambios sustanciales en las prácticas clínicas nacionales, que coincidían con los respaldados en las pautas. Esos cambios incluyeron una duplicación del número de prescripciones de sustitución de opiáceos, un aumento del uso supervisado de medicamentos (de cero a 36%) y un incremento de la dosis media proporcionada para acercarla al valor más efectivo. Conforme a una revisión de los datos presentados en el capítulo 12, se podría esperar que estos cambios a nivel del sistema reduzcan la desviación de sustitutos de opiáceos y disminuyan el uso de heroína por quienes reciben los servicios.

Hay varias formas de estimar la necesidad de servicios y la naturaleza y la extensión del sistema de servicios para usuarios de drogas en una sociedad. Un método común es realizar encuestas de la prevalencia de los problemas de drogas en la población y luego suponer que los encargados de las políticas expandirán los servicios de tal modo que todo usuario problemático de drogas que no esté en contacto con los servicios pueda recibirlos. Este enfoque genera estimaciones exageradas de la necesidad de servicios por cuatro razones. En primer lugar, muchos usuarios de drogas dejan de consumirlas o disminuyen sus problemas relacionados con las drogas sin ayuda de profesionales de la salud (Klingemann et al., 2001). En segundo lugar, muchos individuos que buscan asistencia por problemas de drogas lo hacen en el sector de la beneficencia (por ejemplo, en grupos de autoayuda) y no de profesionales de los servicios. En tercer lugar, muchas personas con uso problemático de drogas no tienen ningún deseo de cambiar su comportamiento y no todos los que desean cambiarlo estarían dispuestos a concurrir a los servicios aun cuando estos fueran asequibles y accesibles. Por último, algunos usuarios de drogas que buscan servicios no son ayudados por los servicios actualmente disponibles.

Otro método para determinar el presupuesto “correcto” de los servicios es invertir en un sistema solo hasta el punto en que nuevas inversiones continúen reduciendo la suma de los costos del uso de drogas más el costo de los servicios. Es decir, un sistema de servicios en teoría sería perfectamente eficiente si se aumentaran los presupuestos hasta que el agregado de un solo dólar (o libra o yuan) más al presupuesto diera como resultado una utilidad equivalente a menos de un dólar en la reducción del daño causado por el uso de drogas. Meara y Frank (2005) abordaron este método en los Estados Unidos de América argumentando que el gasto en programas de tratamiento para los usuarios de drogas es inferior a 5% de la cantidad con la cual se lograría la eficiencia perfecta. Aunque la disparidad no fuera tan grande, los sistemas de tratamiento en las sociedades más desarrolladas probablemente mostrarían una ineficiencia similar. Desde este punto de vista, se instaría a los encargados de las políticas en virtualmente todas las sociedades desarrolladas a aumentar el gasto en servicios para los usuarios de drogas con el argumento de que los costos de los servicios serían más que compensados por la reducción de los costos en otras áreas (por ejemplo, la justicia penal, la atención de salud, los seguros de desempleo).

No obstante, hay por lo menos dos limitaciones en este tipo de razonamiento. En primer lugar, todas las actividades asistenciales en una sociedad son en cierta forma una expresión de valores prosociales. Aun cuando algunas intervenciones, por ejemplo, la orientación proporcionada a los usuarios de drogas con resultados positivos para el VIH, mentalmente enfermos y alojados en los albergues para personas sin hogar, no sean eficientes en función de su costo, pueden ser invaluable como expresión de la compasión de los individuos y de la sociedad. En segundo lugar, en especial en las sociedades con una burocracia desarrollada, las compensaciones de los costos rara vez vuelven al organismo que pagó por los servicios para usuarios de drogas. Aun cuando “se reduzcan los costos generales”, es difícil persuadir a un organismo a invertir “su” dinero en programas que reducen los costos en el estado de cuentas de “otro departamento” (Humphreys et al., 2009).

Un método distinto para determinar el presupuesto correcto es comparar el gasto en servicios no con una eficiencia teórica perfecta sino con otras políticas posibles. Se podría comparar, por ejemplo, el costo de alcanzar un resultado normalizado (por ejemplo, eliminar un año de uso nocivo de drogas por una persona) mediante la prevención, la interceptación y los servicios, y hacer inversiones conforme a esto.

15.6 ¿Cómo puede el director de un sistema de servicios promover la calidad?

Los pacientes, las familias, los políticos y los profesionales de los servicios en teoría están de acuerdo en que cualesquiera que sean los servicios que proporcione la sociedad para los usuarios de drogas, esos servicios deben ser de gran calidad. Sin embargo, en los casos concretos la mayoría de los interesados no saben cómo evaluar la calidad y se concentran en cambio en la cantidad, por ejemplo, preguntando cuántos programas han atendido a cuántas personas en cuántos lugares. Esto puede explicar en parte por qué, como se mencionó en el capítulo 9, a menudo es despareja la calidad de los servicios dentro de los sistemas. Además, las investigaciones sobre las formas de mejorar la calidad de los servicios frecuentemente no se aplican en la práctica cotidiana (Compton et al., 2005a), en parte porque los programas de tratamiento a menudo se ven afectados por la falta de fondos, la reglamentación excesiva y otros problemas institucionales (McLellan et al., 2003). El gasto en la calidad tal vez produzca cambios menos visibles para el comprador que el gasto en la cantidad, pero puede ser una inversión mejor para promover la salud de la población. Los directores de los sistemas deben entonces determinar cuáles estrategias emplearán para mejorar la calidad y cuántos recursos se dedicarán a ellas.

En el marco de la salud pública, los esfuerzos por promover la calidad afrontan la necesidad de lograr el equilibrio entre el grado y la distribución de la calidad en toda la sociedad. Muchos países, por ejemplo, tienen un “centro de excelencia” a nivel nacional que proporciona servicios modernos a los pacientes más severamente afectados. Al visitar esos centros, se ve a personal dedicado y se escuchan comentarios de pacientes satisfechos y en mejoría y de sus familias, todo lo cual es muy impresionante visto desde el punto de vista clínico. No obstante, desde una perspectiva de la población, esos centros parecen menos atractivos en los numerosos casos en que consumen un porcentaje desproporcionado del presupuesto destinado por el país a los servicios relacionados con las drogas y dejan poco dinero para servicios en otras zonas y poblaciones (por ejemplo, para usuarios de drogas menos graves que pueden responder a intervenciones más modestas). Cuando los recursos para los servicios más avanzados no existen, los directores del sistema han empleado tres enfoques para promover servicios de calidad: sistemas de acreditación, indicadores de proceso y monitoreo de resultados.

Acreditación y certificación de los prestadores de servicios. El mantenimiento de las actitudes y conocimientos de los miembros del personal es una tarea descuidada en numerosos sistemas de servicios (Uchtenhagen et al., 2008). Muchos sistemas de servicios de tratamiento para usuarios de drogas tratan de promover la calidad exigiendo credenciales especiales a quienes proporcionan los servicios. Muchas de esas credenciales son creadas y promovidas por gremios profesionales y no hay pruebas de que mejoren los resultados de los servicios. Lo mismo sucede con diversos títulos que acreditan estudios avanzados. De hecho, el **meta-análisis** que hicieron Smith y sus colegas (1980) de cientos de estudios que incluían a decenas de miles de pacientes encontró que el efecto de la capacitación sobre los resultados de la orientación era insignificante. Aunque esto puede no gustarle a los gremios profesionales, no hay datos científicos probatorios de que la capacitación y las credenciales académicas de un profesional tengan repercusiones importantes en su éxito en la orientación sobre las drogas.

Esto no significa que los sistemas de acreditación sean una completa pérdida de tiempo y dinero. Hay tareas en los servicios para los usuarios de drogas que van más allá de la orientación, algunas de las cuales requieren capacitación especial, por ejemplo, medir las concentraciones de los medicamentos en la sangre, identificar la comorbilidad, negociar disposiciones reglamentarias y manejar las finanzas. Además, los sistemas de credencialización tienen la facultad de descartar a clínicos individuales y otros prestadores de servicios que tal vez sean incompetentes o peligrosos, como aquellos que tienen antecedentes de comportamientos de explotación o delictivos. La credencialización también puede servir como una función desestigmatizadora en la sociedad y fortalecer el espíritu de cooperación del personal que obtiene las certificaciones. Por último, la acreditación puede minimizar la desviación de drogas peligrosas del sistema farmacéutico legítimo al hacer que sea más difícil obtener la autorización para prescribir. En consecuencia, la acreditación y la credencialización parecen ser instrumentos romos para influir en la calidad del servicio y sirven fundamentalmente como una base de la calidad y la integridad de los servicios, más que como un medio de elevar gradualmente la calidad a un nivel más alto.

Indicadores del desempeño del proceso. En muchos sistemas de atención de salud, el proceso mediante el cual se proporciona la atención es vigilado y evaluado en comparación con un patrón, como los modelos de las prácticas en ese campo o, cuando se dispone de ella, la base de datos científicos. Se pueden reunir mediciones del proceso mientras los pacientes todavía están recibiendo los servicios y, de ese modo, las mediciones son menos costosas y proporcionan retroalimentación de información de manera más inmediata que con los sistemas de vigilancia de los resultados (descritos a continuación). Al efectuar el seguimiento de las mediciones del proceso e incentivarlas, el sistema de atención de salud puede reforzar a los clínicos que ofrecen servicios de gran calidad. Un ejemplo es la Administración de Salud para los Veteranos de los Estados Unidos de América, que recompensa económicamente a los establecimientos de su sistema nacional de salud cuando los pacientes son retenidos en el tratamiento al pasar el tiempo (Harris et al., 2009). La desventaja de esos métodos es que muchas mediciones del proceso de atención no tienen relaciones sistemáticas con los resultados finales, ya sea que se consideren los resultados de los pacientes individuales o el promedio de efectividad de un determinado establecimiento (Harris et al., 2009).

Sistemas de vigilancia de los resultados. Los sistemas de gestión del desempeño de la atención de salud vigilan lo que hacen los prestadores de los servicios durante el momento del servicio. Los sistemas de vigilancia de los resultados, por el contrario, normalmente evalúan directamente los resultados (por ejemplo, el uso de drogas y los comportamientos relacionados con las drogas) en algún momento posterior a la prestación del servicio. Algunos sistemas exigen que cada programa individual de servicios efectúe esa vigilancia. Los prestadores de los servicios tienden a resistirse a esto porque a menudo es difícil y costoso localizar a los usuarios de drogas una vez terminado el servicio. Además, se argumenta que el tiempo dedicado por los prestadores a realizar las evaluaciones de seguimiento es un tiempo que no se dedica a la prestación de los servicios. Otra razón de la resistencia a la vigilancia de los resultados es el temor de que las evaluaciones de estos muestren que los servicios no son tan efectivos como afirman los profesionales. En consecuencia, algunos sistemas de servicios han establecido organizaciones que no hacen nada más que realizar esas evaluaciones en todos o una muestra de los individuos asistidos y este método normalmente genera tasas más altas de seguimiento y datos más confiables (Tiet et al., 2006).

No hay consenso acerca del momento óptimo posterior a la recepción de los servicios para usuarios de drogas en que se deben evaluar los resultados. Establecer un intervalo demasiado prolongado puede hacer que se pase por alto el conjunto total de los efectos obtenidos. Un intervalo demasiado cercano a la conclusión de la atención tiende a no tener en cuenta la demanda de los interesados, que esperan beneficios de los servicios a más largo plazo.

McLellan y sus colegas (2005) señalaron que los resultados de los servicios para usuarios de drogas deben ser evaluados simultáneamente con la prestación de los servicios y no después de esta. Esto en cierto modo minimiza la distinción antes indicada entre la vigilancia del proceso y la vigilancia de los resultados. Una ventaja de este método es que los clínicos pueden reunir datos sobre los resultados a medida que se prestan los servicios, lo cual es menos costoso que realizar estudios de los resultados posteriores al tratamiento, y también puede mejorar la calidad de la asistencia prestada al aumentar la atención al progreso de los usuarios de drogas en los servicios. Al mismo tiempo, este método también permitiría a los clínicos “maquillar” los datos con más facilidad, por ejemplo, para que ellos mismos o su programa de servicios parezcan más efectivos de lo que realmente son.

El Sistema de Garantía de la Calidad del Tratamiento con Metadona (Phillips et al., 1995) es un curioso ejemplo de un método de vigilancia de los resultados durante el tratamiento en el cual el personal de los consultorios para terapia de sustitución con opiáceos se reunía periódicamente y enviaba por fax a un sitio centralizado de investigación datos sobre el uso de drogas, el empleo y la salud mental de los pacientes. El sitio de investigación proporcionaba luego a los consultorios retroalimentación de información sobre su desempeño relativo. Los consultorios para terapia de sustitución de opiáceos son particularmente adecuados para este tipo de sistemas debido a sus elevadas tasas de retención y a la vigilancia sistemática de los resultados buscados (por ejemplo, mediante frecuentes análisis de orina para detectar drogas). No se ha establecido ni evaluado con éxito un sistema de ese tipo en establecimientos de atención ambulatoria que no ofrezcan terapia de sustitución de opiáceos.

El ajuste según la mezcla de casos es esencial para los proyectos de vigilancia de los resultados y para las mediciones del desempeño del proceso antes descritas. Esto se refiere a la conocida variabilidad de los clientes en tratamiento en cuanto a factores demográficos, gravedad de los trastornos psiquiátricos y antecedentes de uso de drogas. El ajuste según la mezcla de casos más exacto y técnicamente complejo probablemente será ininteligible para quienes financian los programas, usan los servicios y supuestamente serán incentivados por el sistema de vigilancia del desempeño. En consecuencia, muchos sistemas adoptaron ajustes muy sencillos según la mezcla de casos (por ejemplo, tres variables sencillas fundamentales como la presencia de enfermedad mental grave, el desempleo y el SIDA) para comparar los programas, si bien esos modelos sacrifican en cierta medida la exactitud.

Resumen de las estrategias de mejoramiento de la calidad. La promoción de servicios de calidad para los usuarios de drogas es un reto importante para los directores de los sistemas y son limitadas las pruebas de la efectividad de algunos de los métodos más ampliamente usados (por ejemplo, la credencialización). Los indicadores del desempeño del proceso parecen el método más promisorio, pero no se concretará todo su potencial hasta que la ciencia de la evaluación especifique mejor qué resultados proximales pronostican cambios a largo plazo en el comportamiento de los usuarios de drogas.

15.7 Conclusiones

Desde el punto de vista de la política de drogas, lo que sucede a nivel del sistema es más importante que los resultados de distintos pacientes y programas de servicios individuales. La literatura científica históricamente se ha concentrado más en estos últimos y no en lo primero, pero el examen de este capítulo revela que algunas investigaciones de los sistemas son valiosas en las deliberaciones sobre la política.

Los encargados de las políticas que se concentran únicamente en decisiones acerca de los programas individuales de servicios por lo general encontrarán que tienen efectos limitados en los resultados que quieren obtener. En contraste, aquellos encargados de las políticas que piensan y actúan a nivel del sistema y lo hacen a la luz de la emergente base de datos sobre la naturaleza y los efectos de los sistemas, tienen muchas más probabilidades de hacer una contribución importante al esfuerzo por aminorar los problemas de drogas a nivel tanto individual como de la población.

Sección V

Síntesis y conclusiones

16. Resumen y conclusiones

16.1 Las pruebas

Al comienzo de este libro, afirmamos que se puede mejorar la política de drogas prestando más atención a los datos científicos probatorios y, con ello, servir mejor al bien público. Para justificar esa afirmación, examinamos la naturaleza compleja del uso de drogas y los problemas conexos y evaluamos sistemáticamente distintos métodos de intervención. Esperamos que ahora ya esté claro que la ciencia brinda una serie de datos que pueden fundamentar la elaboración de una política eficaz sobre las drogas. No obstante, en la actual diversidad de respuestas de la política de drogas en las sociedades modernas y las organizaciones internacionales se toman muy poco en cuenta las investigaciones disponibles. Este capítulo final explora las implicaciones de esta situación para los encargados de las políticas y los profesionales.

En los capítulos 8 a 12 se examinaron las investigaciones científicas que evalúan una amplia gama de distintas estrategias e intervenciones de la política de drogas. En el anexo presentado a continuación de este capítulo se proporciona un resumen de ese examen. El cuadro demuestra que el encargado de las políticas dispone de una variedad de opciones, que van desde métodos universales orientados a toda la población a métodos específicamente destinados a los usuarios problemáticos de drogas. El cuadro también vuelve evidente que se ha comprobado que menos de la mitad de las opciones de la política son efectivas, ya sea porque las intervenciones no han producido el efecto buscado o porque no se han realizado investigaciones suficientemente rigurosas para llegar a una conclusión definitiva. Aun así, es una evaluación generosa ya que una gran variedad de intervenciones, en particular las que implican la aplicación de la ley, no fueron incluidas en la lista porque la literatura de evaluación es tan escasa que no es sensato desglosar tanto las categorías como se hizo con otros ámbitos de la política en los cuales son mucho más frecuentes las investigaciones científicas. Sin embargo, se ha aprendido mucho acerca de estas intervenciones y, en la mayoría de las áreas principales, hay varias que han resultado efectivas para un determinado problema de drogas o un grupo específico de población. Diecisiete de los 43 presentan ciertos indicios de efectividad en más de un país, en particular las intervenciones que proporcionan servicios sociales y de salud a usuarios dependientes de las drogas. Se cuenta con instrumentos para abordar muchos tipos de problemas de drogas y los efectos acumulados y combinados de las políticas más efectivas podrían tener un efecto sinérgico.

Presentaremos ahora algunas implicaciones de esos datos en relación con el logro de diversos objetivos de la política. Al hacerlo, reconocemos que la formulación de políticas no puede y no debe ser una tarea exclusivamente tecnocrática confiada a científicos. Los científicos son expertos en la medición de la naturaleza del problema y en la estimación de los resultados de la política, pero no tienen más capacidad que otros integrantes de la sociedad para decir cuáles resultados específicos deben interesar más a la sociedad, o si esos resultados son buenos, malos o mediocres (Mugford, 1993). En consecuencia, lo que sigue no es una receta de lo que debe hacer la sociedad o el encargado de las políticas sino más bien un análisis de lo que la ciencia indica que serán las probables consecuencias de aplicar determinadas opciones. Esta información tiene sentido solo a la luz de las metas que el encargado de las políticas o la sociedad han elegido buscar.

16.2 ¿Tiene importancia la política de drogas?

Al reflexionar sobre los numerosos resultados negativos o inciertos examinados en este libro y saber que los problemas de drogas continúan propagándose en el mundo a pesar de los vigorosos intentos de detenerlos, el lector escéptico podría preguntarse si las políticas de drogas justifican los recursos que se le dedican. Las desilusiones de la política de drogas son numerosas, pero dos tipos de pruebas indican que en realidad valen la pena el costo y el esfuerzo.

Algunas de las políticas de drogas examinadas en este libro han producido un cambio positivo. Por ejemplo, como se examinó en el capítulo 15, la notable expansión de la disponibilidad de la terapia de sustitución de opiáceos en Francia llevó a considerables reducciones de los problemas relacionados con la heroína. La disminución de los problemas vinculados con las metanfetaminas después de la instauración en el año 1995 de políticas para la fiscalización de los precursores en los Estados Unidos de América es otro ejemplo (Cunningham y Liu, 2003). Igualmente importante es el hecho de que la política de drogas ha sido trascendente aun en los casos en que no ha producido los resultados buscados. En Tailandia en el año 2004, varios miles de presuntos vendedores de drogas fueron muertos en procedimientos extrajudiciales. No sabemos si esta medida tuvo algún efecto significativo sobre el uso y el tráfico de drogas en Tailandia, pero evidentemente tuvo un efecto en las personas que fueron ejecutadas, sus familias y sus comunidades y, por lo tanto, la medida merece un análisis serio. Se pueden ofrecer ejemplos aun más demostrativos a partir de políticas que parecen haber empeorado considerablemente un problema de drogas. A comienzos de los años noventa, Irán encarceló a miles de usuarios de drogas y no les proporcionó servicios de salud. Las prisiones se convirtieron en incubadoras para el intercambio de agujas, la infección por el VIH y la tuberculosis (Farnam, 2005; Mokri, 2005). Las políticas de drogas necesariamente atraen nuestra atención aun cuando fracasan porque, como cualquier otra extensión de la autoridad del gobierno, pueden tener consecuencias imprevistas.

Al afirmar la trascendencia de la política de drogas, no dejamos de reconocer que, desgraciadamente, los problemas de drogas siempre estarán con nosotros en alguna forma, sin importar qué políticas se instauren. A diferencia de los problemas técnicos que pueden ser “solucionados” y luego retroceden al dominio de la administración gubernamental ordinaria (por ejemplo, cómo purificar el agua o construir un puente sólido), los problemas sociales tienen que ser “solucionados” una y otra vez por cada generación (Sarason, 1978). La política puede minimizar el daño que causan las drogas e influir en el tipo de problemas de drogas que existen, pero no permite a la sociedad escoger estar por completo libre de problemas de drogas (Kleiman, 1992).

16.3 Conclusiones científicamente fundamentadas acerca de las políticas de drogas

Si bien la ciencia no es capaz de predecir en forma confiable los efectos de muchos posibles cambios de las políticas (por ejemplo, la legalización de todas las drogas), se puede pronunciar con más autoridad acerca de otras opciones de la política. Los autores hemos llegado a un consenso sobre las siguientes diez conclusiones fundamentadas por los datos presentados en este libro.

16.3.1 No existe un problema único de drogas en una misma sociedad o en distintas sociedades; tampoco hay una “poción mágica” que resolverá el problema de las drogas

Varias secciones de este libro (los capítulos 3, 4 y 14) revelaron que existen considerables diferencias entre las sociedades en cuanto a las drogas específicas que son problemáticas, las modalidades de uso de las drogas, el daño asociado con el consumo y la distribución de drogas y la forma en que se controlan diversas sustancias, entre miles de otros factores. También hay variaciones sustanciales dentro de una misma sociedad, por ejemplo, entre los sexos, las razas y los grupos de edad y en distintas etapas de la epidemia de drogas. Por consiguiente, no existe un único “problema de drogas” universalmente homogéneo.

De esto se deduce que no puede haber una solución única o universal para el problema de las drogas, ya sea en una misma sociedad o en las distintas sociedades. Es comprensible el deseo de una “poción mágica”, ya sea un programa nuevo de servicios, un cambio en el régimen jurídico, una medicación nueva o la concentración de recursos en una “guerra contra las drogas”. Sin embargo, citando a H. L. Menken, “para cada pregunta compleja existe una respuesta clara, sencilla y equivocada”. Hacemos esta advertencia acerca de lo infructuoso que es buscar una solución sencilla a un problema complejo de drogas, incluyendo la suposición de que la misma política de drogas tendrá el mismo efecto en distintas sociedades.

16.3.2 Muchas medidas que influyen en los problemas de drogas no son consideradas una política de drogas y muchas políticas específicas de drogas tienen grandes efectos fuera del ámbito de las drogas

En los capítulos 2, 3 y 4, se ha establecido que los problemas de drogas a menudo están entremezclados con otros problemas sociales, psicológicos y del comportamiento y que los factores que predicen que los jóvenes tendrán en el futuro problemas de drogas son similares a los factores que predicen muchas otras dificultades. En consecuencia, los encargados de las políticas se equivocan si suponen que solo “políticas específicas sobre las drogas” influyen en los problemas relacionados con las drogas. Las políticas económicas, por ejemplo, casi con seguridad tendrán efectos indirectos en los problemas de drogas porque los cambios en la situación económica de una sociedad normalmente afectan a una serie de comportamientos y resultados vinculados con la salud (Kiernan et al., 1989; Ruhm, 2000).

La red de servicios de asistencia social de una sociedad también influirá en sus problemas de drogas, por ejemplo, al determinar por cuánto tiempo continuará la dependencia de la droga antes de que el usuario de drogas entre en contacto con medidas punitivas o rehabilitadoras de fiscalización social. Las políticas que rigen el comercio (por ejemplo, la cantidad de viajes y contactos permitidos a los individuos en los distintos países, la medida en que los paquetes provenientes del extranjero son sometidos a inspección, reglamentación e impuestos) influyen en el tráfico internacional de drogas al igual que en otras actividades (véase el capítulo 5). Las intervenciones preventivas que promueven el desarrollo social de los jóvenes pueden repercutir positivamente en el comportamiento antisocial, las actividades delictivas, la salud y el bienestar, al igual que en el consumo y el uso indebido de drogas (véase el capítulo 8). Estas y otras pruebas indican que los encargados de las políticas que quieran formular una estrategia integral contra las drogas por lo general pueden encontrar políticas y organismos efectivos que no son los oficialmente encargados de abordar los problemas específicos de drogas.

Del mismo modo, los esfuerzos de la sociedad por combatir otros problemas sociales (por ejemplo, los delitos, la pobreza, el maltrato de los niños) se pueden facilitar recurriendo a los organismos encargados de combatir problemas de drogas. Se encuentra un ejemplo claro de esto en las medidas para reducir los delitos patrimoniales y la alteración del orden público. Los datos indican que, en muchas sociedades, el mejor método para alcanzar ese objetivo sería ampliar la terapia de sustitución de opiáceos para los dependientes de esas sustancias. No obstante, muchos grupos de planificación de la política convocados para reducir los delitos callejeros no incluyen ni a un solo experto en servicios para usuarios de drogas. Aunque son apreciados en la mayoría de las sociedades, sucede lo mismo con los esfuerzos de la sociedad por reducir el maltrato infantil o la prevalencia de las enfermedades infecciosas, que se podrían intensificar sustancialmente mediante la coordinación con las políticas existentes sobre las drogas.

16.3.3 Las actividades promovidas por los países prósperos para reducir el cultivo de plantas productoras de drogas en países pobres no han disminuido la provisión global de drogas ni el uso en los mercados, y probablemente nunca lo harán

Varios países prósperos, en particular los Estados Unidos de América, han invertido miles de millones de dólares en actividades para reducir el cultivo de plantas productoras de drogas en países pobres. Uno de esos métodos, descrito anteriormente en el capítulo 10, es llamado desarrollo alternativo y promueve la sustitución de plantas productoras de drogas por cultivos legales. Una investigación del Congreso sobre las actividades estadounidenses de este tipo en Afganistán reveló no solo que los programas de desarrollo agrícola no tuvieron éxito en ese país sino que también aumentó la producción de drogas en las zonas que recibieron esa ayuda (US House of Representatives, Committee on Government Reform, 2005). Otros datos examinados en el capítulo 10 apoyan conclusiones igualmente pesimistas acerca de la sustitución de cultivos. Los datos sobre campañas masivas de desfoliación son igualmente claros: las campañas intensas y sostenidas de rociamiento de cultivos en Colombia y México no han reducido la producción de drogas en esos países.

Un partidario de esas actividades podría argumentar que las iniciativas de reducción de cultivos simplemente no han sido realizadas en una escala suficiente para que den resultados. La debilidad de este argumento reside en el hecho de que solo se requiere una cantidad muy pequeña de tierra cultivable para obtener la provisión mundial de drogas. Por consiguiente, aun un gran aumento de esos programas solo serviría para desplazar la producción a otra zona, tal vez a otro país, y no reduciría el cultivo mundial de drogas. Además, el fundamento básico de estos programas pasa por alto la realidad de que las drogas se comercian en un mercado, que a menudo adopta la forma de un conjunto de pequeñas redes sociales semiautónomas (véase el capítulo 5). Cuando la desfoliación o la sustitución de cultivos reducen la cantidad de cultivos productores de drogas en una zona, el valor del producto restante aumenta y esto lo hace más atractivo para que otros individuos comiencen o expandan el cultivo. En particular en los cultivos de amapola de opio, que en algunas regiones puede ser sembrada varias veces al año, de hecho esas adaptaciones pueden ser muy rápidas. Además, en la medida en que esos programas de sustitución de cultivos tal vez simplemente desplacen la producción de drogas a otro país, tienden a causar efectos negativos en las naciones vecinas.

Esto no significa necesariamente que los programas de sustitución y desfoliación de cultivos que producen drogas deban ser interrumpidos. Una sociedad puede decidir que eliminar una cantidad pequeña de personas de la economía ilegal vale la pena desde el punto de vista moral, o que reducir la oferta de drogas en las naciones productoras es una causa noble que justifica el gasto (aun cuando los beneficios no vuelvan al país próspero). Sin embargo, si una sociedad próspera espera aminorar su propio problema de drogas con ese método, la conclusión mejor fundamentada científicamente es que fracasará aun cuando se multipliquen muchas veces los esfuerzos actuales.

16.3.4 Una vez que se han ilegalizado las drogas, hay un punto más allá del cual una aplicación más estricta de la ley y el encarcelamiento producen muy poco beneficio adicional

La prohibición de las drogas es considerada esencial por muchos encargados de las políticas y por gran parte del público. Aumenta el precio de las drogas, estigmatiza su uso e impide que asociaciones en gran escala promuevan la venta de drogas mediante técnicas de comercialización. Una vez que se logran y se mantienen estas “consecuencias estructurales de la ilegalidad”, la intensificación de las medidas contra los vendedores de drogas produce utilidades decrecientes. Es decir, aun cuando grandes cantidades de personas sean encarceladas, los precios de las drogas no aumentan y la disponibilidad no disminuye mucho más allá de lo que se podría esperar con la aplicación ordinaria de las leyes sobre las drogas. Además, pueden producirse efectos perversos si los recursos destinados a hacer cumplir las leyes son canalizados a actividades para arrestar y encarcelar a vendedores de drogas y se descuidan otros delitos que de otro modo hubieran atraído la atención de la policía (Kleiman, 1992; Rasmussen y Benson, 1994).

16.3.5 Las inversiones sustanciales en servicios de comprobada eficacia para los individuos dependientes de opiáceos por lo general reducen los problemas relacionados con las drogas

En el capítulo 9, se examinó una serie de servicios sociales y de salud encaminados a reducir el uso de drogas y los problemas conexos (por ejemplo, los delitos, la transmisión de enfermedades infecciosas). No obstante, como se muestra en el capítulo 15, la mayoría de las sociedades invierten poco en estos servicios, lo cual hace que el acceso sea limitado y la calidad, inadecuada. Si una sociedad se compromete a “hacer algo” en relación con el problema de las drogas, una expansión sustancial de esos servicios, en particular para las personas dependientes de opiáceos, probablemente generará la gama más amplia de beneficios. Si la expansión es suficientemente grande, se puede manifestar algún cambio en los indicadores de la salud y de los delitos a nivel de la población (véase el ejemplo francés, Emmanuelli y Desenclos, 2005). Hacemos hincapié en los servicios para las personas dependientes de opiáceos porque nuestro examen encontró que: 1) los servicios disponibles para esta población, en particular la terapia de sustitución de opiáceos, son los que cuentan con datos más sólidos que confirman su eficacia; 2) el uso de opiáceos plantea un alto riesgo de muerte por sobredosis; y 3) el uso de drogas inyectables en muchas sociedades ha producido la consiguiente epidemia de SIDA y otras enfermedades infecciosas. En consecuencia, los servicios para usuarios de opiáceos podrían tener un efecto relativamente grande en los indicadores de daños relacionados con las drogas en la población.

Los servicios sociales y de salud para usuarios de otras drogas, especialmente los estimulantes (por ejemplo, cocaína, metanfetaminas), tienen menos respaldo científico que los servicios destinados a los usuarios de opiáceos. Los encargados de las políticas podrían entonces ponderar la importancia de estas sustancias en forma diferente cuando planean los presupuestos para los servicios y la política de drogas. La dependencia de opiáceos es un trastorno peligroso para el cual se cuenta con servicios muy efectivos y los encargados de las políticas encontrarán lógico dar prioridad a los servicios para esa población. La priorización de servicios para los usuarios de otras sustancias puede ser menos sencilla porque hay más datos que demuestran la efectividad de los servicios para usuarios de cannabis que para los servicios destinados a usuarios de estimulantes, pero este último grupo causa un mayor daño al bien público. No hay una respuesta científica a la pregunta de si es mejor que una política tenga un gran efecto en un problema menos grave o un efecto pequeño en un problema más grave. Esta es una pregunta que los encargados de las políticas y la sociedad deben responder por sí mismos.

Otra conclusión importante es que muchos de los problemas relacionados con drogas por los que se preocupan los encargados de las políticas son causados por un grupo relativamente pequeño de personas que consumen drogas en forma intensiva. Los programas y servicios examinados en los capítulos 9 y 15, a pesar de sus limitaciones, pueden tener un efecto considerable en los indicadores de los problemas de drogas a nivel de la población precisamente porque recurren a ellos en particular las personas que usan más intensamente las drogas y sufren las consecuencias más graves. También subrayaremos que los datos científicos confirman por completo la afirmación de que esos servicios benefician tanto al usuario de drogas como a la sociedad en general. Las familias cuyas casas pueden ser robadas tienen tanto interés en la ampliación de los servicios para usuarios de drogas como los usuarios de opiáceos que roban para mantener su hábito.

16.3.6 Los programas de prevención en las escuelas, las familias y las comunidades tienen efectos colectivamente modestos, cuyo valor será estimado de manera diferente por los distintos interesados

Hay solo una cantidad pequeña de estudios de gran calidad, realizados en los Estados Unidos de América, que apoyan programas particulares de prevención del uso de drogas para las familias o las escuelas. Es interesante observar que esos programas no se concentran exclusiva o específicamente en el uso de drogas sino en el mejoramiento de aptitudes sociales y del comportamiento más generales, en el entorno de la familia o la escuela, y que también han dado pruebas de un efecto más amplio más allá del uso indebido de drogas. En los últimos 20 años, han surgido programas de prevención para personas más jóvenes, antes de que inicien el uso de drogas, que se basan en teorías sociales, psicológicas y del desarrollo y que están dirigidos a una serie amplia de trastornos mentales, emocionales y del comportamiento, además del uso de drogas; estos programas parecen ser los más promisorios en este tipo de intervenciones (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). En contraste, no hay pruebas de la efectividad de los programas de prevención puramente didácticos realizados en los medios de difusión, la comunidad o el aula.

Determinar si el efecto modesto observado en algunos estudios justifica los costos de los programas de prevención en la escuela o la familia es una decisión política que cada sociedad debe tomar por sí misma. Caulkins y sus colegas (2002) señalan que la recompensa representada por tasas de iniciación aun ligeramente más bajas es tan grande en la vida de un usuario de drogas que los programas de prevención son costo-efectivos a pesar de que tengan resultados modestos, lo cual indica que la proverbial onza de prevención equivale a una libra de curación. Que este argumento sea o no convincente probablemente dependerá del marco temporal que utilice el encargado de la política o la sociedad para evaluar las utilidades de la inversión en un programa de prevención.

16.3.7 El debate sobre la política concerniente a las drogas es dominado en muchos países por cuatro dicotomías falsas que pueden confundir a los encargados de las políticas en cuanto a la gama de opciones legítimas y los efectos previstos

En condiciones de conflicto y gran emoción, los seres humanos son propensos a percibir distinciones más marcadas que las que son empíricamente exactas (Weick, 1984). Esto sucede en muchos debates sobre la política concerniente a las drogas y genera por lo menos cuatro opciones falsas. En primer lugar, como pone en claro este libro, los supuestamente distintos métodos de aplicación de la ley y de servicios de salud (distinción que a veces se abrevia como “policías en oposición a médicos”) pueden hacer cada uno contribuciones importantes a la supuestamente exclusiva misión del otro. Por ejemplo, la ilegalidad de las drogas aumenta los precios y esto disminuye el uso de drogas, mientras que la terapia de sustitución de opiáceos reduce los delitos callejeros. En consecuencia, la aplicación de la ley puede promover la salud pública y los servicios de salud pueden aumentar la observancia de la ley.

En segundo lugar, el contraste entre políticas que apoyan los servicios para los usuarios de drogas en contraste con las que están dirigidas a reducir el daño causado por el uso de drogas es menos definido de lo que a menudo se supone. Una sociedad que ofrece servicios “de reducción del daño” encontrará que al menos algunos usuarios de los servicios se vuelven abstemios. Y una sociedad que ofrece únicamente servicios orientados a lograr la abstinencia descubrirá que algunos usuarios de los servicios tienen resultados no relacionados con la abstinencia que reducen el daño.

En tercer lugar, la distinción con frecuencia establecida entre “drogas buenas” (las que son legales o se prescriben legalmente) y “drogas malas” (las que no son legales ni se prescriben legalmente) es exageradamente simplista. Como se analizó en los capítulos 6 y 12, una proporción creciente del uso de drogas ilegales se origina en la desviación de medicamentos del mercado legal. Además, como se señaló en el capítulo 2, una sustancia legal como el tabaco, causa muchos más daños a la salud que cualquiera de las sustancias ilegales.

En cuarto lugar, la presunta necesidad de una compensación recíproca entre los intereses de los usuarios masivos de drogas y los intereses del resto de la sociedad a menudo también es exagerada. Para usar un ejemplo antes mencionado en este libro, los sistemas de servicios establecidos a costa de los contribuyentes para beneficiar a las personas dependientes de drogas pueden prevenir más infecciones por el VIH entre los no usuarios que entre los usuarios de drogas.

16.3.8 Los efectos perversos de la política concerniente a las drogas son frecuentes

La férrea ley de las consecuencias imprevistas es un principio comúnmente citado en las ciencias políticas y el discurso público. Tal vez todos los analistas de las políticas en todos los campos harían la misma observación, pero, en el ámbito de la política de drogas, esta ley parece inusitadamente apta. Los ejemplos mencionados en el libro incluyen regímenes de prescripción de heroína y de metadona que conducen a la desviación y a las sobredosis en el Reino Unido, amenazas estadounidenses de descertificación que inducen a adoptar medidas gubernamentales brutales en los países de bajos y medianos ingresos y programas de prevención que promueven el estigma y disuaden a los individuos dependientes de las drogas de admitir que tienen un problema.

Las políticas sobre las drogas no deben ser juzgadas solo por los efectos buscados sino también por sus posibles consecuencias imprevistas. Por ejemplo, un programa nuevo de tratamiento con contingencias que paga a los pacientes US\$50 por cada semana de abstinencia no debe ser evaluado únicamente en términos de sus efectos en los pacientes sino también considerando si el programa disminuiría el interés de los usuarios de drogas por otros servicios de salud menos costosos, con lo cual se reduciría el número de personas que podrían recibir servicios cada año dentro de los límites presupuestarios. Para dar un ejemplo en relación con la aplicación de la ley, las actividades para desmembrar un mercado de drogas bien establecido deben considerar a dónde es probable que se traslade la venta de drogas y cómo pueden cambiar sus características como resultado de ese traslado. Al establecer esta restricción, sencillamente estamos aplicando en la política de drogas el criterio dominante del análisis de las políticas. El análisis de costos y beneficios, un instrumento habitual en muchos campos de la formulación de políticas, requiere evaluar todas las consecuencias de una opción de la política, no solo las consecuencias buscadas (Gramlich, 1990).

La ley de las consecuencias imprevistas también implica que quizás sea posible mejorar las políticas concernientes a las drogas haciendo menos en lugar de más. Muchos encargados de las políticas con mentalidad reformista suponen que agregar una nueva política, programa o reglamento al sistema actual mejorará considerablemente las cosas. Dada la ley de los efectos imprevistos, es conveniente que el encargado de las políticas examine las políticas actuales a la luz de los antecedentes históricos y haga una evaluación completa para determinar si han tenido efectos negativos imprevistos que superen los beneficios que probablemente producirán. En muchos países, los objetivos del encargado de las políticas tal vez se vean más favorecidos por la derogación de las políticas existentes o la supresión de ciertos programas y organismos, que por el intento de aplicar otros métodos.

16.3.9 El sistema farmacéutico legal puede influir en la configuración del problema de drogas de un país y en la gama de opciones disponibles para la política de drogas

Como se señaló en los capítulos 3 y 6, el uso indebido de psicofármacos ha estado aumentando con rapidez y es probable que se acelere. En nuestro examen de diversas sociedades y sus problemas y servicios relacionados con las drogas, es un tema recurrente la influencia del sistema farmacéutico. Cuando un país no tiene sistema farmacéutico o este es débil, los encargados de las políticas a menudo afrontan la necesidad de hacer concesiones porque al aceptar una droga para propósitos medicinales

inmediatamente se permite la difusión de su uso indebido. La alternativa, un método de aplicación de la ley en el cual la droga es declarada ilegal para todos los propósitos, puede privar a los enfermos de atención médica de calidad (por ejemplo, en los casos de cáncer que requieren un control adecuado del dolor). Aun en las sociedades con una adecuada gestión del sistema farmacéutico, la desviación de los medicamentos de venta con receta es un problema serio cuyas dimensiones han estado creciendo. Sin embargo, la existencia de sólidos sistemas farmacéuticos crea otras opciones de la política, como implementar ampliamente el mantenimiento con buprenorfina o pedir a quienes recetan que sustituyan los medicamentos que producen dependencia por otros menos peligrosos. Establecer el sistema farmacéutico legal en los países donde se carece de él podría ser el punto de partida para formular una política eficaz de drogas ilegales.

16.3.10 Virtualmente no existen investigaciones científicas que orienten el mejoramiento de las actividades de control de la oferta y aplicación de la ley

La falta de investigaciones sobre estrategias para la aplicación de la ley, la interceptación, el encarcelamiento y medidas conexas representa un fracaso importante. Independientemente de cuánto valore el encargado de las políticas la aplicación de la ley y el control de la oferta como instrumentos de la política, es difícil comprender por qué los encargados de las políticas pudieran no querer que sus políticas se basen en datos probatorios de calidad. La falta de estudios cuidadosos continúa entonces constituyendo una barrera importante para aplicar las políticas efectivamente.

16.4 Conclusiones

Las conclusiones anteriores son menos en cantidad y menos optimistas de lo que les gustaría a algunos encargados de las políticas y a muchos activistas. Esta situación refleja el hecho de que las investigaciones concernientes a las políticas sobre las drogas tienen una base de datos modesta, si bien creciente, y que nos estamos ajustando a esa base de datos, esforzándonos por no emitir opiniones personales acerca de cómo las sociedades deben adoptar decisiones democráticas y culturalmente idóneas con respecto a las drogas. No obstante, aun dentro de los límites de la ciencia actual, no hay duda de que continúan existiendo muchas políticas sobre las drogas cuya ineficacia es bien conocida y que muchas otras de comprobada efectividad no son utilizadas.

Ha pasado más de un decenio desde que la comunidad internacional estableció un conjunto de ambiciosos objetivos en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS por sus siglas en inglés) en el año 1998. El propósito primario en el UNGASS (por sus siglas en inglés) fue movilizar suficientemente la cooperación internacional para reducir de manera sustancial la oferta y la demanda mundiales de drogas para el año 2008. Un examen de ese esfuerzo (Reuter y Trautmann, 2009) no encontró datos que indiquen que se ha reducido el problema mundial de drogas, conclusión que concuerda con los resultados presentados en este libro. Valdría la pena analizar si la aplicación sistemática de políticas fundadas en datos probatorios podría haber producido mejores resultados. Los datos científicos por sí solos no son suficientes para contener la creciente marea mundial de problemas de drogas, pero podrían ser un aliado poderoso de los líderes que tengan el valor, la creatividad y la convicción requeridos para crear una política de drogas más efectiva.

Anexo

Síntesis de las estrategias e intervenciones de las políticas examinadas en los capítulos 8 a 12

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Capítulo 8: programas para la escuela, la familia y la comunidad			<i>Grupo destinatario:</i> no usuarios de drogas, usuarios ocasionales, padres y el público en general
Programas para la familia y para los padres	Algunos estudios muestran que son efectivos para reducir el inicio del uso de drogas.	Solo se han realizado unos cuantos estudios en los Estados Unidos de América.	Resultados positivos del Programa Universal de Fortalecimiento de las Familias, para niños de 10 a 14 años de edad, que incluye el seguimiento a más largo plazo y análisis del costo-efectividad. Es preciso reproducir el estudio. Otros programas para la familia y/los padres no han sido evaluados en forma tan positiva.
Programas para la gestión en el entorno/el aula	Algunos datos probatorios apoyan el Juego del Buen Comportamiento.	Solo se han realizado unos cuantos estudios en los Estados Unidos de América.	En un estudio, el Juego del Buen Comportamiento redujo en hasta 50% el uso indebido de drogas en toda la vida en muchachos de 14 años después de la exposición al programa, y tuvo efectos aun mayores en muchachos identificados a los seis años de edad como muy agresivos y perturbadores. Un segundo estudio no encontró los mismos grados y tipos de efectos a más largo plazo. Las investigaciones posteriores no han ofrecido reproducciones sólidas.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Aptitudes sociales y para la vida	La mayoría de las evaluaciones no han examinado la efectividad más allá de un período inmediato y el seguimiento a corto plazo cuando los datos son ambiguos. Ciertos datos probatorios de un efecto positivo a mediano y más largo plazo.	Solo se han realizado varios estudios de gran calidad en los Estados Unidos de América.	Un pequeño número de evaluaciones han mostrado efectos positivos de las intervenciones en un conjunto pequeño de programas de prevención del uso de cannabis y también del uso de otras drogas.
Programas comunitarios con múltiples componentes	No hay pruebas de la efectividad.	Solo se han efectuado algunos estudios pequeños en los Estados Unidos de América.	Los estudios normalmente han combinado intervenciones en las escuelas y fuera de ellas. La magnitud de los efectos tiende a ser pequeña o insignificante.
Educación afectiva	No hay pruebas de la efectividad.	Varios estudios en escuelas en los Estados Unidos de América.	Este método era popular en los años setenta y ochenta.
Únicamente información y conocimientos	No hay pruebas de la efectividad.	Únicamente unos cuantos estudios en las escuelas en los Estados Unidos de América.	Ha habido pocos estudios bien controlados, pero muchas evaluaciones no controladas.
Medios de difusión	No hay pruebas de la efectividad.	La investigación se limita a unos cuantos estudios en los Estados Unidos de América.	Pocas evaluaciones científicas de gran calidad. El uso exclusivo de los medios de difusión, en particular en presencia de música y modelos de comportamiento que fomentan el uso de drogas y la exposición a imágenes del uso de drogas, no previene ni reduce el consumo de sustancias, si bien las campañas en los medios de difusión pueden crear conciencia de las consecuencias negativas.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Mercadeo social y normas	Datos insuficientes para determinar la efectividad.	Solo un estudio efectuado en los Estados Unidos de América.	Una intervención de comercialización social produjo tasas más bajas de inicio del uso de cannabis.
DARE	No hay pruebas de la efectividad.	Varios estudios bien controlados y numerosas evaluaciones no controladas.	A pesar de la difundida adopción del DARE, los meta-análisis de evaluaciones de los resultados mostraron que el programa no es efectivo
Pruebas para detectar drogas en la orina efectuadas en las escuelas	No hay pruebas de la efectividad.	No se dispone de estudios bien controlados.	Los programas de pruebas para detectar drogas en la orina podrían tener efectos negativos, como una menor confianza entre los estudiantes y el personal.
Capítulo 9: servicios encaminados a modificar el comportamiento			
Mantenimiento con metadona*	Pruebas convincentes de la reducción del uso de heroína, el uso de otras drogas, los delitos, la infección por el VIH y la hepatitis.	Numerosos estudios en países de ingresos altos, algunos en países de ingresos bajos y medianos.	<i>Grupo destinatario:</i> usuarios de drogas con diagnósticos de trastornos causados por el uso de sustancias y/o sometidos a alguna presión jurídica para que reciban el tratamiento. También usuarios de drogas inyectables. La cantidad de la dosis es importante, al igual que las poblaciones tratadas. El riesgo de sobredosis aumenta en algunas poblaciones, pero, en general, la metadona reduce la mortalidad global vinculada con las drogas. La combinación con servicios psicosociales intensifica los resultados. El costo-efectividad es alto en comparación con otras intervenciones de tratamiento.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Mantenimiento con buprenorfina*	Hay datos que demuestran la reducción del uso de heroína, el uso de otras drogas, los delitos, la infección por el VIH y la hepatitis.	Ensayado en varios países, pero no en naciones de ingresos bajos y medianos.	Puede reducir la mortalidad global vinculada con las drogas si se implementa en gran escala.
Sustitución de heroína*	La reciente evidencia limitada de su efectividad como intervención para reducir los delitos y la infección entre quienes han tenido malos resultados con otras formas de terapia de sustitución de opiáceos.	Programas de demostración evaluados en el Reino Unido, Suiza, Australia, Canadá y los Países Bajos.	Evaluaciones cualitativas y cuasi experimentales del tratamiento así como estudios aleatorizados muestran resultados positivos y ninguna revela resultados negativos. Esto es la forma más costosa de terapia sustitutiva de opiáceo.
Antagonistas opiáceos (por ejemplo, naltrexona, naloxona)	Algunas pruebas de la reducción del uso de opiáceos, pero la observancia de la medicación es una limitación importante.	Pocos estudios fuera de los Estados Unidos de América.	Los estudios de la administración oral de naltrexona (el antagonista opiáceo más popular) son de escasa calidad metodológica y no confirman la efectividad práctica de la medicación. Las preparaciones de liberación retardada pueden ser promisorias.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Intercambio de agujas*	Los programas de intercambio de agujas pueden reducir las infecciones por el VIH vinculadas con el uso de drogas y facilitar la participación en el tratamiento.	La mayoría de las investigaciones se efectuaron en Canadá, el Reino Unido, Australia y los Estados Unidos de América.	El intercambio de agujas puede prevenir las infecciones por el VIH, pero no hay pruebas de que reduzca las infecciones con hepatitis C. El temor de que los programas de intercambio de agujas aumenten el inicio del uso de drogas por vía intravenosa no tiene fundamentos en las investigaciones. Esos programas nunca han sido sometidos a un ensayo clínico aleatorizado.
Tratamiento psicosocial*	Datos que demuestran la reducción del uso de drogas, los problemas vinculados con las drogas y la actividad delictiva.	Numerosos estudios en muchos países, incluidos países de ingresos bajos y medianos.	A menudo se combina con otras modalidades de tratamiento, como el mantenimiento con metadona. Normalmente se administra en servicios ambulatorios y de internación, ya sea a grupos o en forma individual. Efectivo para las adicciones a opiáceos, el cannabis, la cocaína, las metanfetaminas y otras sustancias.
Organizaciones de compañeros para la autoayuda*	Datos que demuestran la reducción del uso de drogas, los delitos y las infecciones.	Evidencia disponible en varios países, como los Estados Unidos de América, el Reino Unido y China.	Una forma muy costo-efectiva para tratar a los usuarios crónicos de drogas.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Distribución de naloxona	Mínima evidencia de buena calidad, pero algunos programas han documentado casos de reanimación con éxito.	Solo unos cuantos estudios en los Estados Unidos de América y el Reino Unido.	Este tipo de intervención se aplica principalmente a usuarios de opiáceos en subculturas donde existe un alto riesgo de sobredosis. Puede tener una aplicabilidad limitada en países y ciudades donde son escasos los recursos.
Intervenciones breves en entornos de atención médica general	Pruebas convincentes de la reducción del uso de drogas por usuarios de alto riesgo.	Pruebas en una serie de países, como el Reino Unido, los Estados Unidos de América, India, Australia y Brasil.	Se cuenta con datos probatorios en relación con diversas sustancias.
Capítulo 10:			
El control de la oferta			
Desarrollo alternativo	No se conocen casos de una correlación con la disminución del uso de drogas.	Se han evaluado cualitativamente los programas en varios países de ingresos bajos y medianos.	Ciertos tipos de uso de drogas se vinculan con una creciente prosperidad (véase el capítulo 3) y el desarrollo alternativo puede resultar contraproducente. Una vez que se han establecido los mercados de drogas, es difícil cambiarlos. El costo es extremadamente elevado.
Erradicación de cultivos	A veces puede crear una alteración perceptible pero temporaria del mercado.	Se han evaluado cualitativamente los programas en varios países de ingresos bajos y medianos.	La disponibilidad de otras regiones de cultivo con frecuencia conduce a un desplazamiento de la producción y una recuperación del mercado. El costo es extremadamente elevado.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Control de los precursores químicos*	Pruebas convincentes de una alteración temporal del mercado de drogas.	Varios estudios en los Estados Unidos de América y Canadá.	Es bajo el costo de ejecución por medio de disposiciones jurídicas, pero la aplicación de las leyes puede ser costosa. A pesar de las alteraciones del mercado, a menudo hay una transición a materiales alternativos de producción o los productores se reubican en otros países.
Interceptación*	Puede alterar el mercado de drogas y la cadena de abastecimiento y, de ese modo, aumentar el costo para el usuarios de drogas	Varios estudios en los Estados Unidos de América y en países de ingresos bajos y medianos.	Los aumentos de los precios en los estratos pertinentes del mercado indican importantes beneficios de inversiones modestas, pero hay pocos datos de un efecto de dosis y respuesta. Es en extremo elevado el costo de implantar y mantener programas de interceptación.
Control policial de alto nivel mediante la investigación de los delitos	Los aumentos de los precios indican importantes beneficios de inversiones modestas, pero son limitados los datos probatorios de un efecto de dosis y respuesta.	Solo se han realizado unos cuantos estudios.	El encarcelamiento de los traficantes de alto nivel puede ser más costo-efectivo que la persecución de los vendedores al menudeo debido a la facilidad con que pueden ser reemplazados estos últimos. Esta es una cuestión de impresión más que de ciencia.
Aplicación de la ley en la calle	Hay más pruebas de la capacidad de modificar los mercados y los daños que de la capacidad de reducir la disponibilidad de drogas.	Solo unos cuantos estudios fuera de los Estados Unidos de América.	Puede ser alto el costo de implantar y sostener la aplicación de la ley a nivel local para lograr un máximo impacto.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Encarcelamiento	Hay algunos datos probatorios de la disminución de los beneficios de ampliar el encarcelamiento más allá de ciertos niveles.	Solo unas cuantas investigaciones fuera de los Estados Unidos de América y el Reino Unido.	Es alto el costo de administrar el sistema penitenciario y los servicios de reincorporación a la comunidad.
Capítulo 11: criminalización y descriminalización			
Desplazamiento desde las sanciones penales tradicionales a algún otro tipo de sanciones*	Efecto modesto o nulo sobre el uso de cannabis, pero reduce las consecuencias adversas para el usuario.	Varios estudios en Australia y Estados Unidos de América.	Algunos beneficios para el sistema de justicia penal y para los usuarios, con repercusiones discutibles en el uso de cannabis y los problemas conexos. Ampliación de la red es un problema
Modificación del nivel de las sanciones penales	Efectos moderados o nulos sobre el uso de cannabis.	Literatura impugnada concerniente a estudios en los Estados Unidos de América, los Países Bajos y Suiza.	Algunos beneficios para el sistema de justicia penal sin necesariamente aumentar el uso de cannabis.
Derogación o introducción de leyes que penalizan el uso de drogas	Muy pocos estudios.	Limitada. Existe un estudio checo de volver a penalizar.	El estudio en Italia mostró un aumento de las defunciones relacionadas con las drogas después de la legalización, pero la calidad del estudio no es suficiente para llegar a una conclusión definitiva. La vuelta a la penalización adicionó gastos estatales sin beneficio aparente; la disponibilidad de las drogas y el número de usuarios no se redujo.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Medidas que implican un manejo no oficial, sin arrestos, por la policía	Pocas pruebas de que las advertencias de la policía sean más efectivas que las sanciones alternativas.	No hay estudios bien controlados.	Los cambios en el proceso penal son difíciles de evaluar.
Envío a programas educativos o de tratamiento obligatorios	Poco efecto sobre los problemas relacionados con el cannabis.	Varios estudios en Portugal y California.	El envío a esos programas representó un ahorro de dinero en California.
Cambio desde la prohibición a la legalización completa de facto con un mercado controlado	Pruebas circunstanciales de que el sistema holandés puede ser efectivo para separar el cannabis de otros mercados de drogas.	Varios estudios de evaluación en los Países Bajos, pero ninguna investigación bien controlada.	Los efectos sobre los niveles de consumo son discutidos, si bien las tasas de uso en los Países Bajos son relativamente bajas en comparación con otros países europeos.
Capítulo 12: intervenciones reguladoras	<i>Grupo o comportamientos destinatarios:</i> uso médicamente inconveniente de la droga o comportamiento inadecuado de prescripción de los médicos, o venta por el farmacéutico. El principal criterio para determinar la efectividad son las reducciones de las sobredosis u otras consecuencias adversas del uso de drogas, o la reducción de las ventas de las drogas.		
Cambio del costo o reembolso*	Algunos datos probatorios de un efecto sobre el comportamiento de prescripción.	La mayoría de los estudios publicados se efectuaron en América del Norte.	Algunas pruebas relacionadas con las drogas para aliviar el dolor, en particular cuando existen drogas alternativas.

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Restricción de las ventas sin prescripción médica*	Pocos estudios muestran algún efecto.	Tres estudios en Canadá y el Reino Unido.	No hay estudios de las sustancias psicoactivas. Algunos datos probatorios de que las restricciones de las ventas sin prescripción médica previenen problemas de salud vinculados con los analgésicos.
Exigencia de una prescripción médica (en contraste con las ventas sin prescripción médica)*	Algunas investigaciones dispersas muestran indicios de cierto efecto.	Hay estudios en varios países, pero solo uno se refiere a sustancias psicoactivas.	Cambiar la venta sin receta médica de un fármaco por la exigencia de una prescripción tiene diversos efectos sobre las ventas. En algunos sistemas, el consumidor paga más por un fármaco de venta sin receta.
Asesoramiento autorizado para los médicos*	Algunos datos probatorios de efectos sobre la prescripción o la advertencia de efectos adversos recién determinados cuando se dispone de un fármaco alternativo.	Seis estudios en Canadá, el Reino Unido, Australia y los Estados Unidos de América.	Algunos datos probatorios de que el asesoramiento a los médicos modifica el comportamiento de prescripción, pero no hay estudios sobre los psicofármacos.
Aplicación de pautas para la prescripción	La aplicación de pautas modificó el comportamiento de prescripción en un gran esfuerzo estadounidense.	Solo un estudio en los Estados Unidos de América.	

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Restricciones, registros y vigilancia de las prescripciones*	Hay datos que confirman que los registros y la vigilancia de las prescripciones reducen las recetas de los fármacos especificados y los acontecimientos adversos causados por los fármacos.	Muchos estudios en diversos países europeos y de América del Norte.	Si bien se reducen las prescripciones de los fármacos especificados, se puede producir la sustitución con fármacos que son igualmente o aun más peligrosos.
Lista que restringe quienes prescriben	Algunos estudios realizados demuestran poco efecto.	Un estudio en Irán muestra fuertes efectos sobre las reacciones adversas causadas por los fármacos.	A menudo aplicada pero poco evaluada (por ejemplo, los médicos normalmente imponen restricciones para todas las formas de OST).
Retiro de la disponibilidad de prescripciones*	Datos probatorios de la reducción de la prescripción y el uso del fármaco.	Estudios en diversos países europeos.	Los fármacos de sustitución pueden entrañar riesgos adicionales.
Perfil de los pacientes.	No hay datos.	No hay investigaciones.	

Intervención	Efectividad ^a	Cantidad de investigaciones que prueban su eficacia y ensayos en distintos países ^b	Comentarios ^c
Aplicación de leyes que afectan a los médicos y los pacientes	No hay datos.	No hay investigaciones.	Los funcionarios encargados de la aplicación de las leyes piensan que los programas de vigilancia de la prescripción han eliminado la desviación de fármacos.
Procedimientos de control de la administración de la terapia de sustitución de opiáceos*	Algunos efectos de reducción de las sobredosis como resultado del control más estricto de la administración de la terapia de sustitución de opiáceos.	Estudios en Australia, Dinamarca, el Reino Unido y los Estados Unidos de América.	Algunos datos probatorios de una disminución de la desviación de fármacos.

* Se encontró que las intervenciones eran efectivas en más de un país.

^a Esta columna describe el grado de efectividad (buena, alguna, no hay pruebas) de cada intervención y luego se especifica qué resultados demuestran los datos (en relación con los comportamientos o condiciones que se desea modificar). En otras palabras, la columna de la efectividad califica la intervención según el grado en que se logra lo que se pretende alcanzar.

^b Esta columna combina la cantidad de investigaciones (muchas, pocas, no hay estudios) y ensayos transnacionales (si hay estudios en países de ingresos bajos o medianos). En la columna se señala si existen muchas, pocas o ninguna investigación y luego se comenta la cantidad y la calidad de los estudios en países de bajos y medianos ingresos.

^c Esta columna presenta información sobre las poblaciones, las dosis, las consecuencias imprevistas y las dimensiones de los efectos.

Referencias

Aaserud M., Dahlgren A.T., Kösters J.P., Oxman A.D., Ramsay C. y Sturm H. (2006) Pharmaceutical policies: Effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. [review] *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, article no.: CD005979. DOI: 10.1002/14651858.CD005979.

ACC. Véase Australian Crime Commission.

Aceijas C. y Rhodes T. (2007) Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy* 18, 352-358.

Aceijas C., Friedman S.R., Cooper H.L., Wiessing L., Stimson G.V. y Hickman M. (2006) Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. *Sexually Transmitted Infections* 82 (Suppl 3), 10-17.

Aceijas C., Stimson G. V., Hickman M. y Rhodes, T. (2004) Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 18, 2295-2303.

Agrawal A. y Lynskey M.T. (2006) The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence. *Addiction* 101, 801-812.

Ahonen (2005). Capítulo 5.

Aidala A., Cross J., Stall R., Harre D. y Sumartojo E. (2005) Housing status and HIV risk behaviors: Implications for prevention and policy. *Archives of General Psychiatry* 9(3), 251-265.

Aldington S., Williams M., Nowitz M., Weatherall M., Pritchard A., McNaughton A., Robinson G. y Beasley R. (2007) The effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 62, 1058-1063.

Allott R., Paxton R. y Leonard R. (1999) Drug education: A review of British Government policy and evidence of effectiveness. *Health Education Research Theory and Practice* 14, 491-505.

Alter M. J. (2006) Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *Journal of Hepatology* 44, S6-S9.

Alva M. (2007) Big pharma's Rx for growth. *Investors Business Daily* 28 December. Disponible en: <http://www.investors.com/editorial/IBDArticles.asp?artsec=23&issue=20071228>.

Amato L., Davoli M., Perucci C.A., Ferri M., Faggiano F. y Mattick R.P. (2005) An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 321-330.

Amon J.J., Garfein R.S., Adleh-Grant L., Armstrong G.L., Ouellet L.J., Latka M.H., Viahov D., Strathdee S.A., Hudson S.M., Kerndt P., Des Jarlais D. y Williams I.T. (2008) Prevalence of hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, 1994-2004. *Clinical Infectious Diseases* 46, 1852-1858.

Amundsen E.J. (2006) Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among IDUs. *Addiction* 101, 161-163.

Anderson M. y Prout L.H. (1985) The real Miami vice? *Newsweek* 11 November, 32.

Anderson S. (2006) Community pharmacy and the rise of welfare in Great Britain 1900 to 1986. En: *People and places: Proceedings of the 37th International Congress for the History of Pharmacy, 22-25 June 2005*. pp. 21-28. Leicester, Reino Unido: British Society for the History of Pharmacy. Disponible en: <http://www.associationhq.org.uk/BSHPWebsite/Congress/ISH-PCongress2005.pdf> (consultado el 20 de mayo del 2009).

Angell M. (2004) The truth about the drug companies. *New York Review of Books* 51(12), July 15. Disponible en: <http://www.nybooks.com/articles/17244> (consultado el 15 de mayo del 2009).

Anónimo (1965) Drug abuse control amendments of 1965. *New England Journal of Medicine* 273, 1222-1223.

Anónimo (2007) List of pharmaceutical companies. [Source: Top 50 Pharmaceutical companies. *MedAdNews* Sept. 2007] Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_pharmaceutical_companies (consultado el 15 de mayo del 2009).

Anthony R. y Fries A. (2004) Empirical modeling of narcotics trafficking from farm gate to street. *Bulletin on Narcotics* 56, 1-48.

Applbaum K. (2006) Educating for global mental health: The adoption of SSRIs in Japan. En: Petryna A., Lakoff A. y Kleinman, A. (eds.) *Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices*. pp. 85-110. Durham, NC: Duke University Press.

Asia Pacific News (2009) Australia set to outlaw motorcycle crime gangs. 8 April. Disponible en: http://www.monster-sandcritics.com/news/asiapacific/news/article_1469631.php/Australia_set_to_outlaw_motorcycle_crime_gangs_ (consultado el 14 de mayo del 2009).

Auriacombe M., Pascale F. y Tignol, J. (2001) Deaths attributable to methadone versus buprenorphine in France [carta]. *Journal of the American Medical Association* 285, 45.

Australian Crime Commission (2003) *Australian illicit drug report 2001/02*. Canberra, Australia: ACC.

Australian Crime Commission (2009) *Illicit drug data report 2006-2007*, revised edition. Canberra, Australia: ACC.

Australian Institute for Health and Welfare (2005) 2004 National drug strategy household survey: Detailed findings. *Drug Statistics Series* No 16. Canberra, Australia: Australian Institute for Health and Welfare.

Ayling J. (2005) Conscriptio in the war on drugs: Recent reforms to the U.S. drug certification process. *International Journal of Drug Policy* 16, 376-383.

Babor T.F., Campbell R., Room R. y Saunders J. (2008) *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Organización Mundial de la Salud/Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

Babor T.F., Campbell R., Room R. y Saunders J. (1994) *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf> (consultado el 15 de mayo del 2009).

Babor T.F., Stenius K. y Romelsjö A. (2008a) Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: Mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17 (suppl 1), S50-59.

Babor T.F., Stenius K., Savva S. y O'Reilly J. (eds.) (2008b) *Publishing addiction science: A guide for the perplexed*. 2ª edición. Brentwood, Reino Unido: Multi-Science Publishing Company.

Baca C.T. y Grant K.J. (2005) Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction* 100, 1823-1831.

Bachman J.G., Wallace J.M., O'Malley P.M., Johnston L.D., Kurth C.L. y Neighbors HW. (1991) Racial/ethnic differences in smoking, drinking, and illicit drug use among American high school seniors, 1976-89. *American Journal of Public Health* 81, 372-377.

- Bailey J.E., Barton P.L., Lezotte D., Lowenstein S.R. y Dart R.C.** (2006) The effect of FDA approval of a generic competitor to OxyContin (oxycodone HCl controlled release) tablets on the abuse of oxycodone. *Drug and Alcohol Dependence* 84, 182-187.
- Baker A., Lewin T., Reichler H., Clancy R., Carr V., Garrett R., Sly K., Devir H. y Terry M.** (2002) Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 97, 1329-1337.
- Baker A., Lee N.K., Claire M., Lewin T.J., Grant T. y Pohlman S.** (2005) Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction* 100, 367-378.
- Barnett P.** (1999) The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 94, 479-488.
- Barrio G., De la Fuente L., Royuela L., Díaz A. y Rodríguez-Artalejo F.** (1998) Cocaine use among heroin users in Spain: The diffusion of crack and cocaine smoking. Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52, 172-180.
- Bashir K., King M. y Ashworth M.** (1994) Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice* 44, 408-412.
- Basu D., Mattoo S.K., Malhotra A., Gupta N. y Malhotra R.** (2000) A longitudinal study of male buprenorphine addicts attending an addiction clinic in India. *Addiction* 95, 1363-1372.
- Bateman D.N., Good A.M., Afshari R. y Kelly C.A.** (2003) Effect of licence change on prescribing and poisons enquiries for antipsychotic agents in England and Scotland. *British Journal of Clinical Pharmacology* 55, 596-603.
- Bauman A. y Phongsavan P.** (1999) Epidemiology of substance use in adolescence: Prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence* 55, 187-207.
- Baumer E., Lauritsen J., Rosenfeld R. y Wright R.** (1998) The influence of crack cocaine on robbery, burglary, and homicide rates: A cross-city, longitudinal analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 35, 316-340.
- Beauvais F., Oetting E.R. y Edwards R.W.** (1985) Trends in drug use of Indian adolescents living on reservations: 1975-1983. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 11, 209-229.
- Beauvais F., Jumper-Thurman P., Helm H., Plested B. y Burnside M.** (2004) Surveillance of drug use among American Indian adolescents: Patterns over 25 years. *Journal of Adolescent Health* 34, 493-500.
- Beenstock M. y Rahav G.** (2002) Testing gateway theory: Do cigarette prices affect illicit drug use? *Journal of Health Economics* 21, 679-698.
- Bejerot N.** (1975) *Narkotika och narkomani* (Drugs and addiction). Estocolmo, Suecia: Bonniers Grafiska Industrier AB.
- Bennett T. y Holloway K.** (2005) *Understanding drugs, alcohol and crime*. Maidenhead, Reino Unido: Open University Press.
- Bennett T., Holloway K. y Farrington D.** (2008) The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 13, 107-118.
- Benson K. y Hartz A.J.** (2000) A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *The New England Journal of Medicine* 342, 1878-1886.
- Berman P. y McLaughlin M.W.** (1976) Implementation of educational innovations. *Educational Forum* 40, 344-370.
- Bernstein J., Bernstein E., Tassiopoulos K., Heeren T., Levenson S. y Hingson R.** (2005) Brief intervention at a clinic visit reduced cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 49-59.

Berridge V. (1999) *Opium and the people: Opiate use and drug control policy in nineteenth and early twentieth century England*. Revised edition. Londres, Reino Unido: Free Association Books.

Berridge V. y Edwards G. (1981) *Opium and the people: opiate use in nineteenth-century England*. Londres, Reino Unido: St. Martin's Press.

Best D., Sidwell C., Gossop M., Harris J., Strang J. (2001a) Crime and expenditure amongst polydrug misusers seeking treatment. *British Journal of Criminology* 41, 119-126.

Best D., Strang J., Beswick T. y Gossop M. (2001b) Assessment of a concentrated, high-profile police operation. *British Journal of Criminology* 41, 738-745.

Best D., Gross S., Vingoe L., Witton J. y Strang, J. (2003) *Dangerousness of drugs: A guide to the risks and harms associated with substance use*. Londres, Reino Unido: UK Department of Health. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/asset-root/04/08/62/93/04086293.pdf> (consultado el 12 de mayo del 2009).

Bewley-Taylor D.R. (1999) *The United States and international drug control*. Londres, Reino Unido: Pinter.

Bewley-Taylor D.R. y Trace M. (2006) *The International Drug Control Board: Watchdog or guardian of the conventions?* Report No. 7. Oxford, Reino Unido: The Beckley Foundation. Disponible en: http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/BeckleyFoundation_Report_07.pdf (consultado el 25 de mayo del 2009).

Biglan A., Ary D.V., Smolkowski K., Duncan T. y Black C. (2000) A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control* 9, 24-32.

Binswanger I., Stern M., Deyo R., Heagerty P., Cheadle A., Elmore J., Koepsell T. (2007) Release from prison – A high risk of death for former inmates. *The New England Journal of Medicine* 356, 157-165.

Bishop M.T. y Vlasty R.J. (1993) The Illinois experience in achieving the medical/regulatory balance required to control prescription drug diversion. En: Cooper J.R., Czecowicz D.J., Molinari S.P. y Petersen R.C. (eds.) *Impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care*. pp. 159-75. NIDA Research Monograph 131. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Black J.K. (2005) *Latin America: its problems and its promise*. Boulder: Westview Press.

Blane H.T. (1976) *Issues in preventing alcohol problems*. Preventive Medicine 5, 176-186.

Bless R., Korf D. J. y Freeman M. (1995) Open drug scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies. *European Addiction Research* 1, 128-138.

Blomqvist J. (1998) *Beyond treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*. Tesis de doctorado. Estocolmo, Suecia: Stockholm University.

Blumstein A. y Cork D. (1996) Linking gun availability to youth gun violence. *Law and Contemporary Problems* 59, 5-24.

Blumstein A., Rivara F. y Rosenfeld R. (2000) The rise and decline of homicide – and why. *Public Health* 21, 505-541.

Bluthenthal R.N., Malik, M.R., Grau L.E., Singer M., Marshall P. y Heimer R. (2004) Sterile syringe access conditions and variations in HIV risk among drug injectors in three cities. *Addiction* 99, 1136-1146.

Boles S.M. y Miotto K. (2003) Substance use and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 8, 155-174.

Borches-Tempel S. y Kolte B. (2002) Cannabis consumption in Amsterdam, Bremen and San Francisco: a three-city comparison of long-term cannabis consumption. *Journal of Drug Issues* 32, 395-412.

- Botvin G.J.** (2000) Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors* 25, 887-897.
- Botvin G.J., Baker E., Filazzola A.D. y Botvin M.** (1990) A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. *Addictive Behaviors* 15, 47-63.
- Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L., Botvin E. y Diaz T.** (1995) Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 273, 1106-1112.
- Botvin G.J., Griffin K.W., Diaz T. e Iffil-Williams M.** (2001) Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention Science* 2, 1-13.
- Bouchard M.** (2008) Towards a realistic method to estimate cannabis production in industrialized countries. *Contemporary Drug Problems* 35(2/3), 291-320.
- Bourgois P.** (1996) *In search of respect: selling crack in el barrio*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Bourgois P.** (2003) *In search of respect: Selling crack in El Barrio*. Londres, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Boyd C.J., McCabe S.E. y Teter C.J.** (2006) Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a Detroit-area public school district. *Drug and Alcohol Dependence* 81, 37-45.
- Boyum D.** (1992) *Reflections on economic theory and drug enforcement*. Tesis de doctorado. Cambridge, MA: Kennedy School of Government, Harvard University.
- Boyum D.** (1993) *Heroin and cocaine market structure*. Preparado para la Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas. Cambridge, MA: Botec Analysis Corporation.
- Boyum D. y Reuter P.** (2001) Reflections on drug policy and social policy. En Heymann P. y Brownsberger W. (eds.) *Drug addiction and drug policy: the struggle to control dependence*, pp.239-264. Cambridge, Harvard University Press.
- Boyum D. y Reuter P.** (2005) *An analytic assessment of U.S. drug policy*. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- Braga A.A. y Pierce G.L.** (2005) Disrupting illegal firearms markets in Boston: the effects of operation ceasefire on the supply of new handguns to criminals. *Criminology and Public Policy* 4, 201-232.
- Braga A.A., Kennedy D.M., Waring E.J. y Piehl A.M.** (2001) Problem-oriented policing, deterrence, and youth violence: An evaluation of Boston's operation ceasefire. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 38, 195-225.
- Bramley-Harker E.** (2001) *Sizing the UK market for illicit drugs*. RDS Occasional Paper no. 74. Londres, Reino Unido: Home Office.
- Bramness J.G., Skurtveit S., Furu K., Engeland A., Sakshaug S. y Rønning M.** (2006) Endringer i salg og bruk av flunitrazepam etter 1999 (Changes in the sale and use of flunitrazepam in Norway after 1999). *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 126, 589-590.
- Brennan T.A., Rothman D.J., Blank L., Blumenthal D., Chimonas S.C., Cohen J.J., Goldman J., Kassirer J.P., Kimball H., Naughton J. y Smelser N.** (2006) Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *Journal of the American Medical Association* 295, 429-433.
- Bretteville-Jensen A.L.** (1999) Addiction and discounting. *Journal of Health Economics* 18, 393-407.
- Bretteville-Jensen A.L.** (2005) *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler: En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004* (Economic aspects of injecting drug users' consumption of drugs: an analysis of interviews undertaken in the period 1993 - 2004). Oslo, Noruega: National Institute for Alcohol and Drug Research.

- Bretteville-Jensen A.L.** (2006) Drug demand-initiation, continuation and quitting. *The Economist* 154, 491-516.
- Bretteville-Jensen A.L., Melberg H.O. y Jones A.M.** (2008) Sequential patterns of drug use initiation: Can we believe in the gateway theory? *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy* 8, article 1. Disponible en: <http://www.bepress.com/bejeap/vol8/iss2/art1> (consultado el 13 de mayo del 2009).
- Brill H. y Hirose T.** (1969) The rise and fall of a methamphetamine epidemic: Japan 1945-55. *Seminars in Psychiatry* 1, 179-194.
- Britten R.M. y Scott J.** (2006) Community pharmacy services to drug misusers in the south west of England: Results of the 2003-2004 postal survey. *International Journal of Pharmacy Practice* 14, 235-241.
- Brottsförebyggande rådet** (2000) *The criminalisation of narcotic drug misuse – an evaluation of criminal justice system measures*. Estocolmo, Suecia: BRÅ. Disponible en: http://www.bra.se/extra/faq/?action_question_show.228.0.=1&module_instance=2 (consultado el 18 de julio del 2007).
- Brouwer K.C., Case P., Ramos R., Magis-Rodríguez C., Bucardo J., Patterson T.L. y Strathdee S.A.** (2006) Trends in production, trafficking, and consumption of methamphetamine and cocaine in Mexico. *Substance Use and Misuse* 41, 707-727.
- Brown J.H.** (2001) Youth, drugs and resilience education. *Journal of Drug Education* 31, 83-122.
- Brown M.H.** (2005) Guns and Drugs. *The Hartford Courant* 169:205, 24 July, pp.1, 8.
- Brown V. L. y Riley M. A.** (2005) Social support, drug use, and employment among low-income women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, 203-223.
- Brownstein H.H., Baxi H.R.S., Goldstein P.J. y Ryan P.J.** (1992) The relationship of drugs, drug trafficking, and drug traffickers to homicide. *Journal of Crime and Justice* 15, 25-44.
- Bruun K., Pan L. y Rexed I.** (1975) *The gentlemen's club: International control of drugs and alcohol*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Buckmaster L.** (2005) *Medication for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): An analysis by federal electorate (200103)*. Research Brief no. 2 200405. Canberra, Australia: Parliamentary Library. Disponible en: <http://www.aph.gov.au/library/pubs/rb/2004-05/05rb02.htm> (consultado el 15 de mayo del 2009).
- Buddenberg D. y Byrd W.** (eds.) (2006) *Afghanistan's drug industry: structure, functioning, dynamics and implications for counter-narcotics policy*. Viena, Austria: UNODC y el Banco Mundial. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/Resources/Publications/448813-1164651372704/UNDC.pdf> (consultado el 14 de mayo del 2009).
- Budney A.J., Bickel W.K. y Amass L.** (1998) Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients. *Addiction* 93, 493-503.
- Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs** (2007) *International Narcotics Control Strategy Report, 2007*. Washington, DC: US State Department. Disponible en: <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/2007/vol1/> (consultado el 25 de mayo del 2009).
- Burgess F.** (2006). Pain treatment, drug diversion, and the casualties of war. *Pain Medicine* 7, 474-475.
- Burr A.** (1983) The Piccadilly drug scene. *British Journal of Addiction* 78, 5-19.
- Burr A.** (1984) The illicit non-pharmaceutical heroin market and drug scene in Kensington Market. *British Journal of Addiction* 79, 337-343.
- Bushway S., Caulkins J. y Reuter P.** (2004) *Does state and local drug enforcement raise prices?* Documento inédito.

- Busto U.E., Ruiz I., Busto M. y Gacitua A.** (1996) Benzodiazepine use in Chile: impact of availability on use, abuse, and dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 16, 363-372.
- Butzin C.A., Martin S.S. e Inciardi J.A.** (2005) Treatment during transition from prison to community and subsequent illicit drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 351-358.
- Byrd W. y Ward C.** (2004) *Drugs and development in Afghanistan*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Caamaño F., Tomé-Otero M. y Takkouche B.** (2006) Factors associated with the pharmacist counselling without dispensing. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 15, 428-431.
- Cameron L. y Williams J.** (2001) Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements? *Economic Record* 77, 19-34.
- Canty C., Sutton A. y James S.** (2000) Models of community-based drug law enforcement. *Police Practice and Research* 2, 171-187.
- Carey B.** (2007) Child studies may ease fears on misbehavior. *New York Times* 12 November. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2007/11/12/health/12cnd-kids.html> (consultado el 15 de mayo del 2009).
- Carpenter T.G.** (2005) Mexico is becoming the next Colombia. *Cato Institute Foreign Policy Briefing* No. 87. Disponible en: <http://www.cato.org/pubs/fpbriefs/fpb87.pdf> (consultado el 31 de julio del 2006).
- Carstairs C.** (2005) The stages of the international drug control system. *Drug and Alcohol Review* 24, 57-65.
- Carstairs C.** (2006) *Jailed for possession: Illegal drug use, regulation, and power in Canada, 1920-1961*. Toronto, Canadá: University of Toronto Press.
- Cartwright W.S.** (2000) Cost-benefit analysis of drug treatment services: Review of the literature. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 3, 11-26.
- Catalano R.F., Gainey R.R., Fleming C.B., Haggerty K.P. y Johnson N.O.** (1999) An experimental intervention with families of substance abusers: One year follow-up of the focus on families project. *Addiction* 94, 241-254.
- Caulkins J.P.** (1990) *The distribution and consumption of illicit drugs: Some mathematical models and their policy implications*. Tesis de doctorado. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Caulkins J.P.** (1994) *Developing price series for cocaine*. Santa Monica, CA: RAND.
- Caulkins J.P.** (1997) Modeling the domestic distribution network for illicit drugs. *Management Science* 43, 1364-1371.
- Caulkins J.P.** (1998) The cost-effectiveness of civil remedies: The case of drug control interventions. *Crime Prevention Studies* 9, 219-237.
- Caulkins J.P.** (2002) Law enforcement's role in a harm reduction regime. *Crime and Justice Bulletin Number 64*. Sydney, Australia: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research.
- Caulkins J.P. y Chandler S.** (2006) Long-run trends in incarceration of drug offenders in the U.S. *Crime and Delinquency* 52, 619-641.
- Caulkins J.P. y MacCoun R.** (2005) Analyzing illicit drug markets when dealers act with limited rationality. En: Parisi F. y Smith V.L. (eds.) *The law and economics of irrational behavior*. pp. 315-338. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Caulkins J.P. y Pacula R.** (2006) Marijuana markets: inferences from reports by the household population. *Journal of Drug Issues* 36, 173-200.

- Caulkins J.P. y Reuter P.** (1998) What price data tell us about drug markets. *Journal of Drug Issues* 28, 593-612.
- Caulkins J.P. y Sevigny E.** (2005) How many people does the US incarcerate for drug use, and who are they? *Contemporary Drug Problems* 32, 405-428.
- Caulkins J.P., Larson R.C. y Rich T.F.** (1993) Geography's impact on the success of focused local drug enforcement operations. *Socio-Economic Planning Sciences* 27, 119-130.
- Caulkins J.P., Rydell C.P., Schwabe W.L. y Chiesa J.** (1997) *Mandatory minimum drug sentences: throwing away the key or the taxpayers' money?* MR-827-DPRC. Santa Monica, CA: RAND.
- Caulkins J.P., Johnson B., Taylor A. y Taylor L.** (1999) What drug dealers tell us about their costs of doing business. *Journal of Drug Issues* 29, 323-340.
- Caulkins J.P., con Chiesa J. y Everingham S.S.** (2000) *Response to the National Research Council's assessment of RAND's controlling cocaine study.* Santa Monica, CA: RAND.
- Caulkins J.P., Pacula R.L., Paddock S. y Chiesa J.** (2002) *School-based drug prevention: what kind of drug use does it prevent?* Santa Monica, CA: RAND.
- Caulkins J.P., Reuter P. y Taylor L.** (2006) Can supply restrictions lower price? Violence, drug dealing and positional advantage. *Contributions to Economic Analysis and Policy* 5, Issue 1, Article 3. Disponible en: <http://www.bepress.com/bejeap/contributions/vol5/iss1/art3> (consultado el 14 de mayo del 2009).
- Centers for Disease Control and Prevention** (2007) *Fact sheet: Economic facts about U.S. tobacco use and tobacco production.* Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/economics/economic_facts.htm (consultado el 14 de mayo del 2009).
- Centralförbundet for alkohol- och narkotikaupplysning** (2007) *Drogutvecklingen I Sverige 2007* (Drug trends in Sweden 2007). Estocolmo, Suecia: CAN.
- Ch'ien J.M.N.** (1980) Hong Kong: A community-based voluntary program. En: Edwards G. y Arif A (eds) *Drug problems in the sociocultural context: a basis for policies and programme planning.* pp. 114-120. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Chabal C., Erjavec M.K., Jacobson L., Manario A. y Chaeny E.** (1997) Prescription opiate abuse in chronic pain patients: clinical criteria, incidence, and predictors. *Clinical Journal of Pain* 13, 150-155.
- Chalmers T.C., Matta R.J., Smith Jr. H. y Kunzler A-M.** (1977) Evidence favouring the use of anticoagulants in the hospital phase of acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 297, 1091-1096.
- Chaloupka F.J. y Laixuthai A.** (1997) Do youths substitute alcohol and marijuana? Some econometric evidence. *Eastern Economic Journal* 23, 253-276.
- Chaloupka F.J., Grossman M. y Tauras J.A.** (1999) The demand for cocaine and marijuana by youth. En: Chaloupka F.J., Grossman M., Bickel W.K. y Saffer H. (eds.) *The economic analysis of substance use and abuse: An integration of economic and behavioral economic research.* pp. 133-156. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Chassin L. y Ritter J.** (2001) Vulnerability to substance use disorders in childhood and adolescence. En: Ingram R.E. y Price J.M. (eds.) *Vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan.* pp. 107-134. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Chern I., Gerard D.L., Lee R.S., Rosenfeld E. y Wilner D.M.** (1964) *The road to H: narcotics, delinquency, and social policy.* Nueva York, NY: Basic Books.

- Chermack S. T. y Blow F. C.** (2002) Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug & Alcohol Dependence* 66, 29-37.
- Choudry N.K. y Avorn J.** (2005) Over-the-counter statins. *Annals of Internal Medicine* 142, 910-913.
- Christie N. y Bruun K.** (1969) Alcohol problems: the conceptual framework. En: Keller M. y Coffey T. (eds.) *Proceedings of the 28th international congress on alcohol and alcoholism*, vol. 2, pp. 65-73. Highland Park, NJ: Hillhouse Press.
- Christie N. y Bruun K.** (1996) *Den gode fiende: Narkotikapolitikk i Norden* (The good enemy: drug politics in the Nordic countries). 3a edición. Oslo, Noruega: Universitetsforlaget.
- Christie P. y Ali R.** (2000) Offences under the cannabis expiation notice scheme in South Australia. *Drug and Alcohol Review* 19, 251-256.
- Christo G. y Franey C.** (1995) Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 38, 51-56.
- Christo G. y Sutton S.** (1994) Anxiety and self-esteem as a function of abstinence time among recovering addicts attending Narcotics Anonymous. *British Journal of Clinical Psychology* 33, 198-200.
- Cicero T. J., Inciardi J.A., Adams E.H., Geller A., Senay E.C., Woody G.E. y Munoz A.** (2005) Rates of abuse of tramadol remain unchanged with the introduction of new branded and generic products: results of an abuse monitoring system, 1994-2004. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 14, 851-859.
- Clawson P. y Lee R.** (1996) *The Andean cocaine industry*. Nueva York, NY: St. Martin's Press.
- Clements K.W.** (2004) Three facts about marijuana prices. *Australian Journal of Agriculture and Resource Economics* 48, 271-300.
- CNN** (2001) *U.S. ranks international cooperation in drug war: Colombia, Mexico keep U.S. drug certification*. CNN.com/US, 1 de marzo. Disponible en: <http://archives.cnn.com/2001/US/03/01/drug.assessment/index.html>.
- Collins D.J. y Lapsley H.M.** (2002) Counting the cost: Estimates of the social costs of drug abuse in Australia 1998-99. *National Drug Strategy Monograph Series no. 49*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Compton W.M. y Volkow N.D.** (2006) Major increases in opioid analgesic abuse in the United States: concerns and strategies. *Drug and Alcohol Dependence* 81, 103-107.
- Compton W.M., Stein J.B., Robertson E.B., Pintello D., Pringle B. y Volkow N.D.** (2005a) Charting a course for health services research at the National Institute on Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment* 29, 167-172.
- Compton W.M., Thomas Y.F., Conway K.P. y Colliver J.D.** (2005) Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *American Journal of Psychiatry* 162, 1494-1502.
- Concato J., Shah N. y Horwitz R.I.** (2000) Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *New England Journal of Medicine* 342, 1887-1892.
- Connock M., Juarez-Garcia A., Jowett S., Frew E., Liu Z., Taylor R.J., Fry-Smith A., Day E., Lintzeris N., Roberts T., Burls A. y Taylor R.S.** (2007) Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 11, 1-190.
- Conrad P. y Leiter V.** (2008) From Lydia Pinkham to Queen Levitra: Direct-to-consumer advertising and medicalisation. *Sociology of Health and Illness* 30, 825-838.

- Cook C.** (2007) *Mexico's drug cartels*. Washington, DC: Congressional Research Service.
- Cook P. J., Moore M. H. y Braga, A.** (2002) *Gun control*. En: Wilson J.Q. y Petersilla J. (eds.) *Crime: public policies for crime control*. Oakland, California: ICS Press.
- Cook T.D., Shadish W.R. y Wong V.C.** (2008) Three conditions under which experiments and observational studies produce comparable causal estimates: New findings from within-study comparisons. *Journal of Policy Analysis and Management* 27, 724-750.
- Coomber R.** (1997) The adulteration of drugs: What dealers do, what dealers think. *Addiction Research* 5, 297-306.
- Coomber R. y Turnbull P.** (2007) Arenas of drug transaction: adolescent cannabis transactions in England – social supply. *Journal of Drug Issues* 37, 845-866.
- Copeland J., Swift W., Roffman R. y Stephens R.** (2001) A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 55-64.
- Cormack M.A., Sweeney K.G., Hughes-Jones H. y Foot G.A.** (1994) Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *British Journal of General Practice* 44, 5-8.
- Corneil T., Kuyper L., Shoveller J., Hogg R., Li K., Spittal P., Schechter M. y Wood E.** (2006) Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health & Place* 12, 79-85.
- Courtright D.T.** (1982) *Dark paradise: opiate addiction in America before 1940*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Courtright D.T.** (2001) *Forces of habit: drugs and the making of the modern world*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Courtright D.T.** (2005) Mr. ATOD's wild ride: what do alcohol, tobacco, and other drugs have in common? *Social History of Alcohol and Other Drugs* 20, 105-124.
- Craib K., Spittal P., Wood E., Laliberte N., Hogg R., Li K., Heath K., Tyndall M., O'Shaughnessy M. y Schechter, M.** (2003) Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver. *Canadian Medical Association Journal* 168, 19-24.
- Crane B.D., Rivolo A.R. y Comfort G.C.** (1997) *An empirical examination of counterdrug interdiction program effectiveness*. Alexandria, VA: Institute for Defense Analysis.
- Crellin J.K.** (2004) *A social history of medicines in the twentieth century: to be taken three times a Day*. Nueva York, NY: Pharmaceutical Products Press.
- Crome I. y McArdle P.** (2004) Prevention programmes. En: Crome I., Ghodse H., Gilvarry E. y McArdle P. (eds.) *Young people and substance misuse*. pp. 15-30. Londres, Reino Unido: Gaskell.
- Crothers T.D.** (1902) *The drug habits and their treatment*. Chicago, IL: E.P. Englehard & Co.
- Csémy L., Kubicka L. y Nociar A.** (2002) Drug scene in the Czech Republic and Slovakia during the period of transformation. *European Addiction Research* 8, 159-165.
- Cuijpers P.** (2003) Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, 7-20.
- Cunningham J.K. y Liu L.M.** (2003) Impacts of federal ephedrine and pseudoephedrine regulations on methamphetamine related hospital admissions. *Addiction* 98, 1229-1237.

- Cunningham J.K. y Liu L.M.** (2005) Impacts of federal precursor chemical regulations on methamphetamine arrests. *Addiction* 100, 479-488.
- Currie J.** (2005) *The marketization of depression: The prescribing of SSRI antidepressants to women*. Toronto, Ontario: Women and Health Protection. Disponible en: <http://www.whp-apsf.ca/pdf/SSRIs.pdf> (consultado el 15 de mayo del 2009).
- Curtis R. y Wendel T.** (2007) You're always training the dog: strategic interventions to reconfigure drug markets. *Journal of Drug Issues* 37, 867-892.
- D'Amore J., Hung O., Chiang W. y Goldfrank L.** (2001) The epidemiology of the homeless population and its impact on an urban emergency department. *Academic Emergency Medicine* 8, 1051-1055.
- Darke S. y Hall W.** (1997) The distribution of naloxone to heroin users. *Addiction* 92, 1195-1199.
- Darke S. y Hall W.** (2003) Heroin overdose: Research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health* 80, 189-200.
- Darke S. y Ross J.** (2001) The relationship between suicide and overdose among methadone maintenance patients in Sydney, Australia. *Addiction* 96, 1443-1453.
- Darke S., Ross J. y Hall W.** (1996) Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction* 91, 405-411.
- Darke S., Ross J., Zador D. y Sunjic S.** (2000a) Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996. *Drug and Alcohol Dependence* 60, 141-150.
- Darke S., Sims J., McDonald S. y Wickes W.** (2000b) Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction* 95, 687-695.
- Darke S., Ross J., Teesson M. y Lynskey M.** (2003) Health service utilization and benzodiazepine use among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction* 98, 1129-1135.
- Darke S., Degenhardt L. y Mattik R.** (2007) *Mortality amongst illicit drug users: Epidemiology, causes and intervention*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Dave D.** (2006) The effects of cocaine and heroin price on drug-related emergency department visits. *Journal of Health Economics* 25, 311-333.
- Dave D.** (2008) Illicit drug use among arrestees, prices and policy. *Journal of Urban Economics* 63, 694-714.
- Davies H.T.O., Crombie K. y Tavakoli M.** (1998) When can odds ratios mislead? *British Medical Journal* 316, 989-991
- Davies R.B.** (2005) *Mandatory minimum drug sentencing, drug purity, and a test of rational drug use*. Eugene, OR: University of Oregon Economics Department.
- De Alarcon R.** (1972) An epidemiological evaluation of a public health measure aimed at reducing the availability of methamphetamine. *Psychological Medicine* 2, 293-300.
- Degenhardt L., Hall W., Warner-Smith M. y Lynskey M.** (2004) Illicit drug use. En: Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A. y Murray C.J.L. (eds.) *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. pp. 1109-1175. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Degenhardt L., Day C., Dietze P., Pointer S., Conroy E., Collins L. y Hall W.** (2005a) Effects of a sustained heroin shortage in three Australian states. *Addiction* 100, 908-920.

- Degenhardt L., Reuter P., Collins L. y Hall W.** (2005b) Evaluating explanations of the Australian 'heroin shortage'. *Addiction* 100, 459-469.
- Degenhardt L., Roxburgh A., van Beek I., Hall W.D., Robinson M.K.F., Ross J. y Mant A.** (2008) The effects of the market withdrawal of temazepam gel capsules on benzodiazepine injecting in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review* 27, 145-151.
- de Jong F.A., Engels F.K., Mathijssen R.H.J., van Zuylen L. y Verweij J.** (2005) Medicinal cannabis in oncology practice: still a bridge too far? *Journal of Clinical Oncology* 13, 2886-2891.
- DeSimone J.** (1998) *The relationship between marijuana prices at different market levels*. Working paper number 9915. Greenville, NC: Department of Economics, East Carolina University. Disponible en: <http://www.ecu.edu/econ/wp/99/ecu9915.pdf>.
- DeSimone J.** (2002) Illegal drug use and employment. *Journal of Labour Economics* 20, 952-959.
- DeSimone J.** (2006) The relationship between illegal drug prices at different market levels. *Contemporary Economic Policy* 24, 64-73.
- DeSimone J. y Farrelly M.C.** (2003) Price and enforcement effects on cocaine and marijuana demand. *Economic Inquiry* 41, 98-115.
- Des Jarlais D.C., Perlis T., Arasteh K., Torian L.V., Beatrice S., Milliken J., Mildvan D., Yancovitz S. y Friedman S.R.** (2005) HIV incidence among injection drug users in New York City, 1990 to 2002: Use of serologic test algorithm to assess expansion of HIV prevention services. *American Journal of Public Health* 95, 1439-1444.
- De Wilde S., Carey I.M., Harris T., Richards N., Victor C., Hilton S.R. y Cook D.G.** (2007) Trends in potentially inappropriate prescribing amongst older UK primary care patients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16, 658-667.
- Diaz L.** (2008) *Mexico's death industry thrives on drug war killings*. Washington Post 1 November. Disponible en: <http://www.reuters.com/article/topNews/idUSTRE4A01QZ20081101> (consultado el 2 de junio del 2009).
- Dijkgraaf M.G.W., van der Zanden B.P., de Borgie C.A.J.M., Blanken P., van Ree J.M. y van der Brink W.** (2005) Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addiction in two randomised trials. *British Medical Journal* 330, 1297-1303.
- DiNardo J.** (1993) Law enforcement, the price of cocaine, and cocaine use. *Mathematical and Computer Modeling* 17, 53-64.
- Disney E.R., Elkins I.J., McGue M. e Iacono W.G.** (1999) Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry* 156, 1515-1521.
- Dobkin C. y Nicosia N.** (2005) *The war on drugs: methamphetamine, public health, and crime*. Documento de trabajo. Santa Cruz, CA: University of California, Santa Cruz. Disponible en <http://people.ucsc.edu/~cdobkin/Papers/Methamphetamine.pdf> (consultado el 19 de mayo del 2009).
- Dodd E.** (1993) OSTAR – Oklahoma Schedule II Abuse Reduction: an electronic point of sale diversion control system. En: Cooper J.R., Czecowicz D.J., Molinari S.P. y Petersen R.C. (eds.) *Impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care*. pp. 151-158. NIDA Research Monograph 131. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Dolan K., Rouen D. y Kimber J.** (2004) An overview of the use of urine, hair, sweat and saliva to detect drug use. *Drug and Alcohol Review* 23, 213-217.
- Donnelly J.** (1992) The United Nations and the global drug control regime. En: Smith P.H. (ed.) *Drug policy in the America*. pp. 282-304. Boulder, CO: Westview Press.

- Donnelly N., Oldenburg B., Quine S., Macaskill P., Flaherty B., Spooner C. y Lyle D.** (1992) Changes reported in drug prevalence among New South Wales secondary school students 1983-1989. *Australian Journal of Public Health* 16, 50-57.
- Donnelly N., Hall W. y Christie P.** (1999) *The effects of the CEN scheme on levels and patterns of cannabis use in South Australia: Evidence from national drug strategy household surveys 1985-1995*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Family Services.
- Donnelly N., Hall W. y Christie P.** (2000) The effects of the Cannabis Expiation Notice scheme on levels and patterns of cannabis use in South Australia: evidence from national drug strategy household surveys 1985-95. *Drug and Alcohol Review* 19, 265-269.
- Dormitzer C.M., Gonzales G.B., Penna M., Bejerano J., Obando P., Sanchez M., Vittetoe K., Gutierrez U., Alfaro J., Meneses G., Diaz J.B., Herrera M., Hasbun J., Chisman A., Caris L., Chen C.-Y. y Anthony J.C.** (2004) The PACARDO research project: Youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* 15 (6), 400-416.
- Draguns J.G.** (2004) From speculation through description toward investigation: a prospective glimpse at cultural research in psychotherapy. En: Gielen U.P., Fish J.M., and Draguns J.G. (eds.) *Handbook of Culture, Therapy and Healing*, pp. 369-387. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Drake J., Freedman P.S., Hawkins B.C., Horth C.E., Launchbury A.P. y Whateley-Smith C.** (1991) Comparative pharmacokinetics of temazepam gelthix and liquid-filled soft gelatin capsules. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 16, 345-351.
- Dries-Daffner I., Landau S.C., Maderas N.M. y Taylor-McGhee B.** (2007) Access to plan B emergency contraception in an OTC environment. *Journal of Nursing Law* 11, 93-100.
- Drummer O.H.** (2005) Recent trends in narcotic deaths. *Therapeutic Drug Monitoring* 27, 738-740.
- Drummer O. H., Gerostamoulos J., Batziris H., Chu M., Caplehorn J., Robertson M. D. y Swann P.** (2004) The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accident Analysis and Prevention* 36, 239-248.
- Dusenbury L., Brannigan R., Falco M. y Hansen W.** (2003) A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research* 18, 237-256
- Dyer O.** (2004) Seven doctors accused of over-prescribing heroin. *British Medical Journal* 328, 483.
- Eadie J.L.** (1993) New York State's triplicate prescription program. En: Cooper J.R., Czechowicz D.J., Molinari S.P. y Petersen R.C. (eds.) *Impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care*. pp. 176-193. NIDA Research Monograph 131. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Edlund M.J., Sullivan M., Steffick D., Harris K.M. y Wells K.B.** (2007) Do users of regularly prescribed opioids have higher rates of substance use problems than nonusers? *Pain Medicine* 8, 647-56.
- Edmunds M., Hough M. y Urqufa N.** (1996) Tackling local drug markets. *Crime Detection and Prevention Series Paper* 80. Londres, Reino Unido: Home Office Police Research Group.
- Edwards G.** (2004) *Matters of substance: drugs – and why everyone's a user*. Nueva York, NY: St. Martin's Press.
- Edwards G.** (2005) *Matters of substance – drugs: is legalization the right answer – or the wrong question?* Londres, Reino Unido: Penguin Books.
- Edwards G.** (ed.) (2002) *Addiction: Evolution of a specialist field*. Oxford: Blackwell Publishing.

Edwards G., Arif A. y Hodgson, R. (1981) Nomenclature and classification of drug- and alcohol- related problems: A WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization* 59, 225-242.

Ekeberg O., Jacobsen D., Flaaten B. y Mack A. (1987) Effect of regulatory withdrawal of drugs and prescription recommendations on the pattern of self-poisonings in Oslo. *Acta Medica Scandinavica* 221, 483-487.

Elekes Z. y Kovács L. (2002) Old and new drug consumption habits in Hungary, Romania and Moldova. *European Addiction Research* 8, 166-169.

Ellickson P.L., Bell R.M. y Harrison E.R. (1993) Changing adolescent propensities to use drugs: results from Project ALERT. *Health Education Quarterly* 20, 227-242.

Ellickson P.L., McCaffrey D.F., Ghosh-Dastidar B. y Longshore D.L. (2003) New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of Project ALERT in middle schools. *American Journal of Public Health* 93, 1830-1836.

Emafo P. (2002) [Declaración como presidente de la INCB en el período de sesiones sustantivas de 2002 del Consejo Económico y Social]. 24 de julio. Disponible en: http://www.incb.org/incb/en/speeches/ecosoc_02.html (consultado el 25 de mayo del 2009).

EMCDDA. Véase European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Emmanuelli J. y Desenclos J-C. (2005) Harm reduction interventions, behaviors and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction* 100, 1690-1700.

English D.R., Knuiman M.W., Kurinczuk J.J., Lewin G.F., Ryan G.A., Holman C.D.J., Milne E., Winter M.G., Hulse G.K., Codde J.P., Bower C.I., Corti B. y De Klerk N. (1995) *The quantification of drug-caused morbidity and mortality in Australia 1995*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Ennett S.T., Tobler N.S., Ringwalt C.L. y Flewelling R.L. (1994) How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health* 84, 1394-1401.

Erickson P.G. (1980) *Cannabis criminals: The social effects of punishment on drug users*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation.

Etheridge R.M., Craddock S.G., Hubbard R.L. y Rounds-Bryant J.L. (1999) The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 99-112.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003a) *Annual report: state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa, Portugal: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003b) *Drugs in focus: bimonthly briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Lisboa, Portugal: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003c) *The role of the quantity in the prosecution of drug offences*. ELDD Comparative Study. Disponible en: <http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nodeid=5175&sLanguageiso=EN> (consultado el 18 de julio del 2007).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004) *2004 annual report: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa, Portugal: EMCDDA. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004> (consultado el 13 de mayo del 2009).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005) *2005 annual report: the state of the drugs problem in Europe*. Lisboa, Portugal: EMCDDA. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2005> (consultado el 13 de mayo del 2009).

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2006) *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*. Lisboa, Portugal: EMCDDA. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2006> (consultado el 3 de junio del 2009).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007) *2007 annual report: the state of the drugs problem in Europe*. Lisboa, Portugal: EMCDDA. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2007> (consultado el 13 de mayo del 2009).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008) *Statistical Bulletin 2008*. Lisboa, Portugal: EMCDDA. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08> (consultado el 16 de mayo del 2009).

European Public Health Association (2004) *Direct-to-consumer advertising – for or against?* Update 61, 2 December. Disponible en: <http://www.epha.org/a/533> (consultado el 15 de mayo del 2009).

European Sourcebook on Crime and Criminal Justice (2003). 2ª edición. Meppel, Países Bajos: Boom Distribution Centre.

Evans-Whipp T., Beyers J.M., Lloyd S., Lafazia A.N., Toumbourou J.W., Arthur M.W. y Catalano R.F. (2004) A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International* 19, 227-234.

Everingham S.S. y Rydell C.P. (1994) *Modeling the demand for cocaine*. RAND Drug Policy Research Center, MR-332-ONDCP/A/DPRC.

Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Murray C.J.L. (eds.) (2004) *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Faggiano F., Vigna-Taglianti F.D., Versino E., Zambon A., Borraccino A. y Lemma P. (2005) School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, article number CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.

Fahey D.M. y Manian P. (2005) Poverty and purification: The politics of Gandhi's campaign for prohibition. *Historian* 67, 489-506.

Falck R., Wang J., Carlson R., Eddy M. y Siegal H. (2002) The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. *Journal of Psychoactive Drugs* 34, 281-288.

Falck R., Wang J., Siegal H. y Carlson R. (2004) The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 503-507.

Families and Friends for Drug Law Reform (FFDLR) (2004) *Crime and illicit drugs: An information paper*. ISSN 1444-200. Australia: FFDLR. Disponible en: <http://www.goldweb.com.au/~mccconnell/resources/Crime%20and%20Illicit%20drugs.htm#Ref%201>.

Farnam R. (2005) *Substance abuse in Iran: a brief overview*. Presentado en Estambul en la Conferencia Internacional sobre Sistemas de Servicios para el Tratamiento del Abuso de Sustancias. Disponible en: <http://www.uclaisap.org/dssat2005/html/presentations.html> (consultado el 30 de mayo del 2009).

Farrell M., Ward J., Mattick W., Stimson G.V., des Jarlais D., Gossop M. y Strang J. (1994) Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal* 309, 997-1001.

Farrelly M., Bary J., Zarkin G. y Wendling B. (2001) The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Health Economics* 20, 51-68.

Fass P. (1977) *The damned and the beautiful: American youth in the 1920s*. Nueva York, NY: Oxford University Press.

- Fawthrop T.** (2005) *Lao tribes suffer from drug crackdown*. BBC News, 15 de julio. Disponible en <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/1/hi/world/asia-pacific/4673109.stm> (consultado el 9 de mayo del 2009).
- Federal Bureau of Investigation** (1999) *Uniform crime reports*. Washington DC: FBI. Disponible en: <http://www.fbi.gov/ucr/ucr.htm> (consultado el 19 de mayo del 2009).
- Fergusson D.M., Boden J.M. y Horwood L.J.** (2006) Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 101, 556-569.
- Ferri M.M.F., Davoli M. y Perucci C.A.A.** (2008) Heroin maintenance for chronic heroin dependents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, article number CD003410. DOI: 10.1002/14651858.CD003410.pub2.
- Feucht T. y Keyser A.** (1999) Reducing drug use in prisons: Pennsylvania's approach. *National Institute of Justice Journal* 241, 10-15.
- Fiellin D.A., O'Connor P.G., Chawarski M., Pakes J.P., Pantalon M.V. y Schottenfeld R.S.** (2001) Methadone maintenance in primary care: a randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 286, 1764-1765.
- Filion K.B., Delaney J.A.C., Brophy J.A., Ernst P. y Suissa S.** (2007) The impact of over-the-counter simvastatin on the number of statin prescription in the United Kingdom: a view from the General Practice Research Database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16, 1-4.
- Fiorentine R.** (1999) After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25, 93-116.
- Fischer B. y Rehm J.** (2007) Illicit opioid use in the 21st century: witnessing a paradigm shift? *Addiction* 102, 499-501.
- Fischer B., Kendall P., Rehm J. y Room R.** (1997) Charting WHO – goals for licit and illicit drugs for the year 2000: are we 'on track'? *Public Health* 111, 271-275.
- Fischer B., Medved W., Gliksman L., Rehm J.** (1999) Illicit opiates in Toronto: a profile of current users. *Addiction Research* 7, 377-415.
- Fischer B., Rehm J. y Blitz-Miller T.** (2000) Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time. *Canadian Medical Association Journal* 162, 1709-1713.
- Fischer B., Haydon E., Rehm J., Krajden M. y Reimer J.** (2004) Injection drug use and the hepatitis C virus: considerations for a targeted treatment approach – the case study of Canada. *Journal of Urban Health* 81, 428-447.
- Fischer B., Rehm J., Brissette S., Brochu S., Bruneau J., El-Guebaly N., Noël L., Tyndall M., Wild C., Mun P. y Baliunas D.** (2005) Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN Study). *Journal of Urban Health* 82, 250-266.
- Fischer B., Rehm J., Patra J. y Firestone Cruz M.** (2006) Changes in illicit opioid use profiles across Canada. *Canadian Medical Association Journal* 175, 1385-1387.
- Fischer B., Oviedo-Joekes E., Blanken P., Haasen C., Rehm J., Schechter M.T., Strang J. y van den Brink W.** (2007) Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics. *Journal of Urban Health* 84, 552-562.
- Fischer B., Patra J., Firestone Cruz M., Gittins J. y Rehm J.** (2008) Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site population of illicit opioid users. *Drug and Alcohol Review* 27, 625-632.
- Fishman S.M., Papazian J.S., Gonzalez S., Riches P.S. y Gilson A.** (2004) Regulating opioid prescribing through prescription monitoring programs: balancing drug diversion and treatment of pain. *Pain Medicine* 5, 309-324.

- Flaker V.** (2002) Heroin use in Slovenia: a consequence or a vehicle of social changes. *European Addiction Research* 8, 170-176.
- Flynn B.R., Graumlich S., Segawa E., Burns J.L. y Holliday M.Y., Aban Aya Investigators** (2004) Effects of two prevention programs on high-risk behaviors among African-American youth a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 158, 377-384.
- Flynn P.M., Joe G.W., Broome K.M., Simpson D.D. y Brown B.S.** (2003) Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse and Treatment* 25, 177-186.
- Food and Drug Administration** (2006) Legal requirements for the sale and purchase of drug products containing pseudoephedrine, ephedrine and phenylpropanolamine. *Silver Spring, MD: Center for Drug Evaluation and Research, U.S. Food and Drug Administration*. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/news/methamphetamine.htm> (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Ford J.M. y Beveridge A.A.** (2004) "Bad" neighborhoods, fast food, "sleazy" businesses, and drug dealers: relations between the location of licit and illicit businesses in the urban environment. *Journal of Drug Issues* 34, 51-76.
- Forman R.F.** (2006) Narcotics on the net: the availability of websites selling controlled substances. *Psychiatric Services* 57, 24-26.
- Forster L.M., Tannhauser M. y Barros H.M.** (1996) Drug use among street children in southern Brazil. *Drug and Alcohol Dependence* 43, 57-62.
- Forsyth A.J. y Barnard M.** (1999) Contrasting levels of adolescent drug use between adjacent urban and rural communities in Scotland. *Addiction* 94, 1707-1718.
- Fos P.J. y Fine D.J.** (2000) *Designing health care for populations*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Fountain J., Griffiths P., Farrell M., Gossop M. y Strang J.** (1999) Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6, 61-69.
- Fountain J., Strang J., Gossop M., Farrell M. y Griffiths R.** (2000) Diversion of prescription drugs by drug users in treatment: analysis of the UK market and new data from London. *Addiction* 95, 393-406.
- Foxcroft D.R., Lister-Sharp D.J. y Lowe G.** (1997) Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 92, 531-537.
- Foxcroft D.R., Ireland D., Lister-Sharp D.J., Lowe G. y Breen R.** (2003) Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Freeman L.** (2006) State of siege: *Drug related violence and corruption in Mexico*. Washington, DC: Washington Office on Latin America. Disponible en: http://www.wola.org/media/publications/english/mexico/mexico_state_of_siege_06.06.pdf (consultado el 17 de julio del 2007).
- Frei A. y Rehm J.** (2002) Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen: eine Metaanalyse bisheriger Studien (The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid-dependent patients: A meta-analysis of studies). *Psychiatrische Praxis* 29, 258-262.
- Frei A., Greiner R.A., Mehnert A. y Dinkel R.** (2000) Socioeconomic evaluation of heroin maintenance treatment: final report. En: Gutzwiller F. and Steffen T. (eds.) Cost-benefit analysis of heroin maintenance treatment. *Medical prescription of narcotics*, vol 2. pp. 37-130. Basilea: Karger Verlag.
- French M.T., Roebuck M.C. y Kébreau Alexandre P.** (2004) To test or not to test: do workplace drug testing programs discourage employee drug use? *Social Science Research* 33, 45-63.

- Friedman S.R., Cooper H.L.F., Tempalski B., Keem M., Friedman R., Flom P.L. y Desjarlais D.C.** (2006) Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS* 26, 93-99.
- Fudula P.J., Yu E., Macfadden W., Boardman C. y Chiang B.N.** (1998) Effects of buprenorphine and naloxone on morphine-stabilized opioid addicts. *Drug and Alcohol Dependence* 50, 1-8.
- Fuentes J.R.** (1998) *Life of a cell: managerial practice and strategy in Colombian cocaine distribution in the United States*. Tesis de doctorado. Nueva York, NY: City University of New York.
- Fung M., Thornton A., Mybeck K., Wu J.H.-H., Hornbuckle K. y Muniz E.** (2001) Evaluation of the characteristics of safety withdrawals from worldwide pharmaceutical markets – 1960 to 1999. *Drug Information Journal* 35, 293-317.
- Furr-Holden C.D.M., Ialongo N.S., Anthony J.C., Petras H. y Kellam S.G.** (2004) Developmentally-inspired drug prevention middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and Alcohol Dependence* 73, 149-158.
- Gable R.S.** (2004) Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction* 99, 686-696.
- Galea S. y Vlahov D.** (2002) Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports* 117 (Suppl. 1), S135-S145.
- Galea S., Ahern J., Tardiff K., Leon A. y Vlahov D.** (2002) Drugs and firearm deaths in New York city, 1990-1998. *Journal of Urban Health* 79, 70-86.
- Gamarra E.** (2002) *Has Bolivia won the war?: lessons from plan dignidad*. LACC Working Paper No. 3. (versión preliminar). Miami, FL: Latin American and Caribbean Center, Florida International University (versión preliminar). Disponible en: http://lacc.fiu.edu/research_publications/working_papers/WPS_003.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).
- Gates S., McCambridge J., Smith L.A. y Foxcroft D.R.** (2006) Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1, article number CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2.
- Gelber S. y Rinaldo D.W.** (2005) *State substance abuse agencies and their placement within government: impact on organizational performance and collaboration in 12 states*. Final report to the Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Berkeley, CA: The AVISA Group.
- Gerritsen J.-W.** (2000) *The control of fuddle and flash: a sociological history of the regulation of alcohol and opiates*. Leiden, Países Bajos: Brill.
- Gerstein D.R. y Green L.W.** (1993) *Preventing drug abuse: what do we know?* Washington, DC: National Academy Press.
- Gholami K., Shalviri G., Zarbakhsh A., Daryabari N. y Yousefian S.** (2007) New guideline for tramadol usage following adverse drug reactions reported to the Iranian pharmacovigilance center. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16, 229-237.
- Godfrey C., Eaton G., McDougall C. y Culyer A.** (2002) *The economic and social costs of class A drug use in England and Wales, 2000*. Home Office Research Study 249. Londres, Reino Unido: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Godfrey C., Stewart D. y Gossop M.** (2004) Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction* 99, 697-707.
- Godshaw G., Koppell R. y Pancoast R.** (1987) *Anti-drug law enforcement efforts and their impact*. Bala Cynwyd, PA: Wharton Econometric Forecasting Associates.
- Goldman B.** (1998) The news on the street: Prescription drugs on the black market. *Canadian Medical Association Journal* 159, 149-150.

- Goldstein P.J.** (1985) The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues* 15, 493-506.
- Goldstein P.J.** (1999) Drug abuse and violence. En: *Proceedings of the inaugural symposium on crime and punishment in the United States*. pp. 87-98. Washington, DC: United States Sentencing Commission.
- Goldstein, P.J., Lipton D.S., Preble E., Sobel I., Miller T., Abbott W., Paige W. y Soto F.** (1984) The marketing of street heroin in New York City. *Journal of Drug Issues* 14, 553-566.
- Golub A.L. y Johnson B.D.** (1999) Cohort changes in illegal drug use among arrestees in Manhattan: from the heroin injection generation to the blunts generation. *Substance Use and Misuse* 34, 1733-1763.
- Golub A.L. y Johnson B.D.** (2001) Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations. *American Journal of Public Health* 91, 225-232.
- Golub A.L. y Johnson B.D.** (2005) The new heroin users among Manhattan arrestees: variations by race/ethnicity and mode of consumption. *Journal of Psychoactive Drugs* 37, 51-61.
- Goode E. y Ben-Yehuda N.** (1994) Moral panics: culture, politics, and social construction. *Annual Review of Sociology* 20, 149-171.
- Goodhand J.** (2005) Frontiers and wars: the opium economy in Afghanistan. *Journal of Agrarian Change* 5, 191-216.
- Gorman D.M.** (2002) The "science" of drug and alcohol prevention: the case of the randomized trial of the Life Skills Training (LST) Program. *International Journal of Drug Policy* 13, 21-26.
- Gossop M.** (1995) The treatment mapping survey: a descriptive study of drug and alcohol treatment responses in 23 countries. *Drug and Alcohol Dependence* 39, 7-14.
- Gossop M., Marsden J. y Stewart D.** (1998) *NTORS at one year: the National Treatment Outcome Research Study -- changes in substance use, health and criminal behaviours one year after intake*. Londres, Reino Unido: UK Department of Health.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Lehmann P. y Strang J.** (1999) Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of General Practitioners* 49, 31-34.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D. y Treacy S.** (2000) Routes of drug administration and multiple drug misuse: regional variations among clients seeking treatment at programmes throughout England. *Addiction* 95, 1197-1206.
- Gossop M., Marsden J. y Stewart D.** (2001) *NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*. Londres, Reino Unido: National Addiction Centre.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D. y Kidd T.** (2003) The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 98, 291-303.
- Gottfredson D.C., Najaka S.S. y Kearly B.** (2003) Effectiveness of drug treatment courts: evidence from a randomized trial. *Criminology and Public Policy* 2, 171-196.
- Gotzsche P.C. y Olsen O.** (2000) Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *The Lancet* 355, 129-134.
- Gourlay D.L., Heit H.A. y Almahrez A.** (2005) Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Medicine* 6, 107-112.
- Gramlich E.** (1990) *A guide to cost-benefit analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Green P. y Purnell I. (1996) *Measuring the success of law enforcement agencies in Australia in targeting major drug offenders relative to minor drug offenders*. Report Series No. 127. Payneham, Australia: National Police Research Unit.

Greene S.L., Dargan P.I., Leman P. y Janes A.L. (2006) Paracetamol availability and recent changes in paracetamol poisoning: Is the 1998 legislation limiting availability of paracetamol being followed? *Postgraduate Medical Journal* 82, 520-523.

Greenwald G. (2009) *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for fair and successful drug policies*. Washington, DC: Cato Institute.

Grogger J. y Willis M. (2000) The emergence of crack cocaine and the rise in urban crime rates. *The Review of Economics and Statistics* 82, S19-S29.

Groseclose S.L., Weinstein B., Jones T.S., Valleroy L.A., Fehrs L.J. y Kassler W.J. (1995) Impact of increased legal access to needles and syringes on practices of injecting-drug users and police officer, Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 10, 82-89.

Grossman M. (2004) *Individual behaviors and substance abuse: The role of price*. NBER Working Paper No. 10948. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Grossman M. (2005) Individual behaviors and substance use: The role of price. En: Lindgren B. y Grossman M. (eds.) *Substance use: Individual behaviors, social interactions, markets and politics*. pp. 15-40. Amsterdam, Países Bajos: Elsevier.

Grossman M. y Chaloupka F.J. (1998) The demand for cocaine by young adults: A rational addiction approach. *Journal of Health Economics* 17, 427-474.

Gunne L-M. y Grönbladh L. (1981) The Swedish methadone maintenance program: A controlled study. *Drug and Alcohol Dependence* 7, 249-256.

Haasen C., Verthein U., Degkwitz P., Berger J., Krausz M. y Naber D. (2007) Heroin-assisted treatment for opioid dependence. *The British Journal of Psychiatry* 191, 55-62.

Hafeiz H.B. (1995) Socio-demographic correlates and pattern of drug abuse in eastern Saudi Arabia. *Drug and Alcohol Dependence* 38, 255-259.

Hagan H., Thiede H., Weiss N.S., Hopkins S.G., Duchin J.S. y Alexander E.R. (2001) Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health* 91, 42-46.

Hagan H., Thiede H. y Des J. (2004) Hepatitis C virus infection among injection drug users: Survival analysis of time to seroconversion. *Epidemiology* 15, 543-549.

Hall W.D. (2007) What's in a name? *Addiction* 102, 692.

Hall W.D. y Lynskey M. (2005) Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review* 24, 39-48.

Hall W.D. y Pacula R.L. (2003) *Cannabis use and dependence: public health and public policy*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Hall W.D., Room R. y Bondy S. (1999) Comparing the health and psychological risks of alcohol, cannabis, nicotine and opiate use. En: Kalant H., Corrigal W., Hall W. y Smart R. (eds.) *The health effects of cannabis*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation.

Hall W.D., Lynskey M. y Degenhardt L. (2000a) Trends in opiate-related deaths in the United Kingdom and Australia, 1985-1995. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 247-254.

Hall W.D., Ross J., Lynskey M., Law M. y Degenhardt L. (2000b) *How many dependent opioid users are there in Australia?* NDARC monograph no. 44. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre.

- Hall W.D., Ross J.E., Lynskey M.T., Louisa J. y Degenhardt L.J.** (2000c) How many dependent heroin users are there in Australia? *Medical Journal of Australia* 173, 528-531.
- Hall W.D., Degenhardt L. y Lynskey M.** (2001) *The health and psychological effects of cannabis use*. Monograph Series No. 44. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Hallfors D. y Godette D.** (2002) Will the 'principles of effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research* 17, 461-470.
- Hamers F., Batter V., Downs A., Alix J., Cazein F. y Brunet J.-B.** (1997) The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: geographic and time trends. *AIDS* 11, 1365-1374.
- Hammett T., Harmon M. y Rhodes W.** (2002) The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *American Journal of Public Health* 92, 1789-1794.
- Hansen W.B., Johnson C.A., Flay B.R., Graham J.W. y Sobel J.** (1988) Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from project SMART. *Preventive Medicine* 17, 135-154.
- Hao W., Xiao S., Liu T., Young D., Chen S., Zhang D., Li C., Shi J., Chen G. y Yang K.** (2002) The second National Epidemiological Survey on illicit drug use at six high-prevalence areas in China: prevalence rates and use patterns. *Addiction* 97, 1305-1315.
- Hao W., Su Z., Xiao S., Fan C., Chen H., Liu T. y Young D.** (2004) Longitudinal surveys of prevalence rates and use patterns of illicit drugs at selected high-prevalence areas in China from 1993 to 2000. *Addiction* 99, 1176-1180.
- Harlow C.W.** (2000) *Defense counsel in criminal cases*. Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ 179023. Washington, DC: U.S. Department of Justice. Disponible en: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/dccc.pdf> (consultado el 14 de mayo del 2009).
- Harrell A., Mitchell O., Merrill J. y Marlowe D.** (2003) *Evaluation of breaking the cycle*. Washington, DC: Urban Institute.
- Harris A.H.S., Humphreys K., Bowe T., Kivlahan D.R. y Finney J.W.** (2009) Measuring the quality of substance use disorder treatment: evaluating the validity of the Department of Veterans Affairs continuity of care performance measure. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36, 294-305.
- Harris K.M. y Edlund M.J.** (2005) Self-medication of mental health problems: new evidence from a national survey. *Health Services Research* 40, 117-134.
- Harrison L.D.** (2001) Understanding the differences in youth drug prevalence rates produced by the MTF, NHSDA, and YRBS studies. *Journal of Drug Issues* 31, 665-694.
- Hartnoll R.L., Mitcheson M.C., Battersby A., Brown G., Ellis M., Fleming P. y Hedley N.** (1980) Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 378, 877-884.
- Harwood, H., Fountain D. y Livermore G.** (1998) *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States*, 1992. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Hastings G. y McLean N.** (2006) Social marketing, smoking cessation and inequalities. *Addiction* 101, 303-304.
- Havens J.R., Strathdee S.A., Fuller C.M., Ikeda R., Friedman S.R., Des Jarlais D.C., Morse P.S., Bailey S., Kerndt P., Garfein R.S.; Collaborative Injection Drug User Study Group** (2004) Correlates of attempted suicide among young injection drug users in a multi-site cohort. *Drug and Alcohol Dependence* 75, 261-269.

- Havens J., Walker R. y Leukefeld C.** (2007) Prevalence of opioid analgesic injection among rural nonmedical opioid analgesic users. *Drug and Alcohol Dependence* 87, 98-102.
- Hawks D., Mitcheson M., Ogborne A. y Edwards G.** (1969) Abuse of methylamphetamine. *British Medical Journal* 2, 715-721.
- Hawks D., Scott K., McBride N., Jones P. y Stockwell T.** (2002) Prevention of Psychoactive Substance Use. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Hawley M.** (2002) Heroin shortage: the cause. *Platypus Magazine* 76, 43-48.
- Health Canada** (2009) Application for authorization to possess dried marihuana. *Ottawa, Canadá: Drug & Health Products, Health Canada*. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/how-comment/applicant-demandeur/forms_complete-eng.php (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Hecht M.L., Marsiglia F.F., Elek E., Wagstaff D.A., Kulis S. y Dustman P.** (2003) Culturally-grounded substance use prevention: an evaluation of the keepin' it REAL curriculum. *Prevention Science* 4, 233-248.
- Hesselbrock V.M. y Hesselbrock M.N.** (2006) Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence. *Addiction* 101 (suppl 1):97-103.
- Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A. y Morgan M.** (2004) *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Estocolmo, Suecia: CAN. Disponible en: http://www.sedqa.gov.mt/pdf/information/reports_intl_espad2003.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A. y Kraus L.** (2009) *The 2007 ESPAD Report: substance use among students in 35 European countries*. Estocolmo, Suecia: CAN.
- Higgins K., Percy A. y McCrystal P.** (2004) Secular trends in substance use: the conflict and young people in Northern Ireland. *Journal of Social Issues* 60, 485-506.
- Hill E.M. y Newlin D.B.** (2002) Evolutionary approaches to addiction: introduction. *Addiction* 97, 375-379.
- Hilts P.H.** (1994) Is nicotine addictive? It depends on whose criteria you use: experts say the definition of addiction is evolving. *New York Times* 2 August, p. C3
- Hoffman R.S., Wipfler M.G., Maddaloni M.A. y Weisman R.S.** (1991) Has the New York State triplicate benzodiazepine prescription regulation influenced sedative-hypnotic overdoses? *New York State Journal of Medicine* 10, 436-439.
- Hoffmeyer J.H., Klebak S. y Osler M.** (1999) Tilsyn med lægers ordination af flunitrazepampr'parater i Kobenhavns amt og Frederiksberg kommune (Control of medical practitioners' prescription of flunitrazepam preparations in the county of Copenhagen and municipality of Frederiksberg). *Ugeskrift for Læger* 161, 5429-5432.
- Howard M.O., Walker R.D., Suchinsky R.T. y Anderson B.** (1996) Substance use and psychiatric disorders among American Indian veterans. *Substance Use and Misuse* 31, 581-598.
- Howley K.** (2005) *Locking up life-saving drugs. Reason August/September*. Disponible en: <http://www.reason.com/news/printer/33117.html> (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Hser Y.I., Hoffman V., Grella C.E. y Anglin M.D.** (2001) A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry* 58, 503-508.
- Hser Y.I., Huang D., Teruya C. y Anglin M.D.** (2003) Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug and Alcohol Dependence* 72, 255-264.

Hser Y-I., Teruya C., Brown A.H., Huang D., Evans E. y Anglin M.D. (2007) Impact of California's Proposition 36 on the drug treatment system: treatment capacity and displacement. *American Journal of Public Health* 97, 104-109.

Hughes C.E. y Stevens A. (2007) *The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal. Briefing Paper 14.* Londres, Reino Unido: The Beckley Foundation Drug Policy Program. Disponible en: http://www.idpc.net/php-bin/documents/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

Hughes P. (1977) *Behind the wall of respect: community experiments in heroin addiction control.* Chicago, IL: Chicago University Press.

Hughes P.H., Barker N.W., Crawford G.A. y Jaffe J.H. (1972) The natural history of a heroin epidemic. *American Journal of Public Health* 62, 995-1001.

Hulley S., Grady D., Bush T., Furberg C., Herrington D., Riggs B. y Vittinghoff E (1998) Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin replacement Study (HERS) Research Group. *Journal of the American Medical Association* 280, 605-613.

Hulse G.K., English D.R., Milne E. y Holman C.D.J. (1999) The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction* 94, 221-229.

Human Rights Watch (2004) *Not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights.* Disponible en: <http://hrw.org/reports/2004/thailand0704/thailand0704.pdf> (consultado el 14 de mayo del 2006).

Humeniuk R., Dennington V., Ali R. y WHO ASSIST Study Group (2008) *The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase iii findings of the WHO assist randomized controlled trial.* Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud.

Humphreys K. (2004) *Circles of Recovery: self-help organisations for addictions.* Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Humphreys K., Mavis B.E. y Stöffelmayr B.E. (1994) Are twelve step programs appropriate for disenfranchised groups? Evidence from a study of post-treatment mutual help group involvement. *Prevention in Human Services* 11, 165-180.

Humphreys K., Mankowski E., Moos R.H. y Finney J.W. (1999) Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance use? *Annals of Behavioral Medicine* 21, 54-60.

Humphreys K., Wagner T.H. y Gage M. (2009) Why cost-offset studies do not convince medical centers to provide substance use disorder treatment. Trabajo presentado en una conferencia. Department of Veterans Affairs Health Services Research and Development (HSRD) 2009 National Meeting.

Hunt G. y Dong Sun A.X. (1998) The drug treatment system in the United States: a panacea for the drug war? En: Klingemann H. and Hunt G. (eds.) *Treatment systems in an international perspective: drugs, demons and delinquents.* pp. 3-19. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.

Hurley S.F., Jolley D.J. y Kaldor J.M. (1997) Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection. *The Lancet* 349, 1797-1800.

Hurwitz W. (2005) The challenge of prescription drug misuse: a review and commentary. *Pain Medicine* 6, 152-161.

INCB. Véase International Narcotics Control Board.

Inciardi J.A., Surratt H.L., Kurtz S.P. y Cicero T.J. (2007) Mechanisms of prescription drug diversion among drug-involved club- and street-based populations. *Pain Medicine* 8, 171-183.

Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971 (2000) *Drugs and the law*. Londres, Reino Unido: The Police Foundation. Disponible en: <http://www.police-foundation.org.uk/site/police-foundation/latest/independent-inquiries/inquiry-into-the-misuse-of-drugs?> (consultado el 19 de mayo del 2009).

Integrated Substance Abuse Programs (2007) *Substance abuse and crime prevention act: final report*. Los Angeles, CA: UCLA Integrated Substance Abuse Programs. Disponible en: http://www.adp.cahwnet.gov/SACPA/PDF/SACPAEvaluation-Report_Final2007Apr13.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

International Drug Policy Consortium (2007) *The 2007 commission on narcotic drugs*. IDPC Briefing Paper No. 5. Witley, Reino Unido: International Drug Policy Consortium. Disponible en: http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/IDPC_Report_5.pdf (consultado el 25 de mayo del 2009).

International Narcotics Control Board (2002) *Report of the international narcotics control board for 2001*. Nueva York, NY: Naciones Unidas. E/INCB/2001/1. Disponible en: http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2001.html (consultado el 25 de mayo del 2009).

International Narcotics Control Board (2006a) *Annual report, part four: statistical information on narcotic drugs*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

International Narcotics Control Board (2006b) *Report of the international narcotics control board for 2005*. Viena, Austria: INCB. Disponible en: http://www.incb.org/pdf/e/ar/2005/incb_report_2005_full.pdf (consultado el 20 de mayo del 2009).

International Narcotics Control Board (2007a) Part four: Statistical information on narcotic drugs. En: *Narcotic drugs: estimated world requirements for 2007; statistics for 2005* (E/INCB/2006/2). pp. 67-289. Nueva York, NY: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.incb.org/pdf/e/tr/nar/2006/Narcotics_publication_2006_part4_en.pdf (consultado el 15 de mayo del 2009).

International Narcotics Control Board (2007b) *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*. (E/INCB/2006/1) Nueva York, NY: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2006.html (consultado el 15 de mayo del 2009).

International Narcotics Control Strategy Report (2007) *Washington DC: U.S. Department of State to Congress*. Disponible en: <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/2007/> (consultado el 19 de mayo del 2009).

Ives T.J., Chelminski P.R., Hammett-Stabler C. A., Malone R.M., Perhac J.S., Potisek N.M., Shilliday B.B., DeWalt D.A. y Pignone M.P. (2006) Predictors of opioid misuse in patients with chronic pain: a prospective cohort study. *BMC Health Services Research* 4, 6-46.

Jacobs B. (1999) *Dealing crack: the social world of street corner selling*. Boston, MA: Northeastern University Press.

Jacobson M. (2004) Baby booms and drug busts: trends in youth drug use in the United States, 1975–2000. *The Quarterly Journal of Economics* 119, 1481-1512.

Jagan L. (2003) *Mixed progress for Yanhon's drug war*. *Asia Times Online* 9 May. Disponible en: http://www.atimes.com/atimes/Southeast_Asia/EE09Ae01.html (consultado el 14 de mayo del 2009).

Jankowiak W. y Bradburd D. (eds.) (2003) *Drugs, labor, and colonial expansion*. Tucson, AZ: University of Arizona Press.

Jason L.A., Olson B.D., Ferrari J.R. y Lo Sasso A.T. (2006) Communal housing settings enhance substance abuse recovery. *American Journal of Public Health* 96, 1727-1729.

Johnson B.D. (2003) Patterns of drug distribution: Implications and issues. *Substance Use & Misuse* 38, 1789-1806.

Johnson B.D., Goldstein P., Preble E., Schmeidler J., Lipton D., Spunt B. y Miller T. (1985) *Taking care of business: the economics of crime by heroin abusers*. Lexington, MA: D.C. Heath.

- Johnson R.E., Chutuape M.A., Strain E.C., Walsch S.L., Stitzer M.L. y Bigelow G.E.** (2000) A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine* 343, 1290-1297.
- Johnston L.D., O'Malley P.M. y Bachman J.G.** (1981) *Marijuana decriminalization: the impact on youth, 1975-1980*. Monitoring the Future Occasional Paper No. 13. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Johnston L.D., O'Malley P.M. y Bachman J.G.** (2003) Monitoring the future: national results on adolescent drug use: overview of key findings. *FOCUS* 1, 213-234.
- Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G. y Schulenberg J.E.** (2008). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2007*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. Información preliminar disponible en: <http://www.drugabuse.gov/Newsroom/07/MTF2007Drug.pdf> (consultado el 15 de mayo del 2009).
- Jonasson U. y Jonasson B.** (2004) *Restrictions on the prescribing of dextropropoxyphene (DXP): effects on sales and cases of fatal poisoning*. Estocolmo, Suecia: Rättsmedicinalverket (National Board of Forensic Medicine). Disponible en: <http://www.rmv.se/pdf/dxp-report.pdf> (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Joranson D.E. y Gilson A.M.** (2005) Drug crime is a source of abused pain medications in the United States. *Journal of Pain and Symptom Management* 30, 299-301.
- Joranson D.E. y Gilson A.M.** (2006) Wanted: a public health approach to prescription opioid abuse and diversion. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 15, 632-634.
- Kakko, J., Svanborg K.D., Kreek M.J. y Heilig M.** (2003) 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomized, placebo-controlled trial. *The Lancet* 361, 662-668.
- Kandall S.R.** (1996) *Substance and shadow: a history of women and addiction in the United States – 1850 to present*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kandel D.B. y Davies M.** (1996) High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry* 53, 71-80.
- Kandel D.B. y Yamaguchi K.** (2002) *Stages of drug involvement in the U.S. population*. En: Kandel D.B. (ed) *Stages and pathways of drug involvement*. pp. 65-89. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Kaplan E.H. y Heimer R.** (1994) A circulation theory of needle exchange. *AIDS* 8, 567-574.
- Karam E., Melhem N., Mansour C., Maalouf W., Saliba S. y Chami A.** (2000) Use and abuse of licit and illicit substances: prevalence and risk factors among students in Lebanon. *European Addiction Research* 6, 189-197.
- Kassirer J.P.** (2005) *On the take: how medicine's complicity with big business can endanger your health*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Kaukonen O. y Stenius K.** (2005) Universalism under re-construction: from administrative coercion to professional subordination of substance misusers. En: Kildal N. y Kuhnle S. (eds.) *Normative foundations of the welfare state: the Nordic experience*. pp. 130-148. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Kaya Y.C., Tugai Y., Filar J.A., Agrawal M.R., Ali R.L., Gowing L.R. y Cooke R.** (2004) Heroin users in Australia: population trends. *Drug and Alcohol Review* 23, 107-116.
- Keizer K., Lindenberg S. y Steg L.** (2008) The spreading of disorder. *Science* 322, 1681-1685.
- Kellam S., Reid J. y Balster R.L.** (2008) Effects of a universal classroom behavior program in first and second grades on young adult outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 95, Suppl 1, S1-S104.

Kelling G.L. y Coles C.M. (1996) *Fixing broken windows: restoring order and reducing crime in our communities*. Nueva York, NY: Free Press.

Kelly E., Darke S. y Ross J. (2004) A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review* 23, 319-344.

Kendler K.S., Karkowski L.M., Neale M.C. y Prescott C.A. (2000) Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry* 57, 261-269

Kenkel D., Mathios A.D. y Pacula R.L. (2001) Economics of youth drug use, addiction and gateway effects. *Addiction* 96, 151-164.

Kennedy D. (1991) *Closing the market: Controlling the drug trade in Tampa*. Washington DC: National Institute of Justice.

Kennedy D.M. (1997) Pulling levers: chronic offenders, high-crime settings, and a theory of prevention. *Valparaiso University Law Review* 31, 449-484.

Kerr T., Small W. y Wood E. (2005) The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence. *International Journal of Drug Policy* 16, 210-220.

Kerr T., Fairbairn N., Tyndall M., Marsh D., Li K., Montaner J. y Wood E. (2007) Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance-using injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 87, 39-45.

Kessler R., Chiu W., Demler O., Merikangas K. y Walters E. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 617-627.

Khantzian E.J. (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4, 287-289.

Kiernan M., Toro P.A., Rappaport J. y Seidman E. (1989) Economic predictors of mental health utilization: a time-series analysis. *American Journal of Community Psychology* 17, 801-820.

Killias M. y Aebi, M.F. (2000) The impact of heroin prescribing on heroin markets in Switzerland. *Crime Prevention Studies* 11, 83-99.

Kilmer B. y Reuter P. (2009) *Prime numbers: drug markets*. Foreign Policy. En prensa.

Kim H.J., Chung W. y Lee S.G. (2004) Lessons from Korea's pharmaceutical policy reform: the separation of medical institutions and pharmacies for outpatient care. *Health Policy* 68, 267-275.

Kimber J., Dolan K., van Beek I., Hedrich D. y Zurhold H. (2003) Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 22, 227-233.

King S.M., Keyes M., Malone S.M., Elkins I., Legrand L.N., Iacono W.G. y McGue W. (2009) Parental alcohol dependence and the transmission of adolescent behavior disinhibition: a study of adoptive and non-adoptive families. *Addiction* 104, 578-586.

Kirby K.N. y Petry N.M. (2004) Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction* 99, 461-471.

Kleiman M.A.R. (1988) *Crackdowns: the effects of intensive enforcement on retail heroin dealing*. En: Chaiken M.R. (ed.) *Street-level drug enforcement: Examining the issues*. Washington, DC: National Institute of Justice.

Kleiman M.A.R. (1992) *Against excess: drug policy for results*. Nueva York, NY: Basic Books.

- Kleiman M.A.R.** (1997a) Coerced abstinence: a neopaternalist drug policy initiative. En: *Mead L.M. (ed.) The new paternalism: Supervisory approaches to poverty*. pp. 182-219. Washington, DC: Brookings Institution.
- Kleiman M.A.R.** (1997b) The problem of replacement and the logic of drug law enforcement. *Drug Policy Analysis Bulletin*, issue 3, article 3. Disponible en: <http://www.fas.org/drugs/issue3.htm#3> (consultado el 14 de mayo del 2009).
- Kleiman M.A.R.** (2009) *When brute force fails: how to have less crime and less punishment*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Klingemann H., Takala J.P. y Hunt G.** (1992) *Cure, care or control: alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Klingemann H., Takala J.P. y Hunt G.** (1993) The development of alcohol treatment systems: an international perspective. *Alcohol Health and Research World* 3, 221-227.
- Klingemann H. y Hunt G.** (eds.) (1998) *Drug treatment systems in an international perspective. Drugs, demons, and delinquents*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.
- Klingemann H., Sobell L., Barker J., Blomqvist J., Cloud W., Ellinstad T., Finfgeld D., Granfield R., Hodgings D., Hunt G., Junker C., Moggi F., Peele S., Smart R., Sobell M., y Tucker J.** (2001) *Promoting self-change from problem substance use: practical implications for policy, prevention and treatment*. Dordrecht, Países Bajos: Kluwer Academic Publishers.
- Kohn M.** (1992) *Dope girls: the birth of the British drug underground*. Londres, Reino Unido: Lawrence & Wishart.
- Kokkevi A., Terzidou M., Politikou K. y Stefanis C.** (2002) Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug and Alcohol Dependence* 58, 181-188.
- Korf D.J.** (2002) Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive Behaviors* 27, 851-866.
- Kraft M.K., Rothbard A.B., Hadley T.R., McLellan A.T. y Asch D.A.** (1997) Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? *American Journal of Psychiatry*, 154, 1195-1197.
- Krajewski K.** (1999) How flexible are the UN drug conventions? *International Journal of Drug Policy* 10, 329-338.
- Kübler D. y Wälti S.** (2001) Metropolitan governance and democracy: how to evaluate new tendencies? En: McLaverty P. (ed.) *Public participation and developments in community governance*. pp. 99-121. Aldershot, Reino Unido: Ashgate.
- Kuehn B.M.** (2007) Opioid prescriptions soar: increase in legitimate use as well as abuse. *Journal of the American Medical Association* 297, 249-251.
- Kuhns J.B. y Klodfelter T.A.** (2009) Illicit drug-related psychopathological violence: the current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behaviour* 14, 69-78.
- Kuntsche E.N.** (2004) Progression of a general substance use pattern among adolescents in Switzerland? Investigating the relationship between alcohol, tobacco, and cannabis use over a 12-year period. *European Addiction Research* 10, 118-25.
- Kuziemko I. y Levitt S.D.** (2004) An empirical analysis of imprisoning drug offenders. *Journal of Public Economics* 88, 2043-2066.
- Lagerspetz M. y Moskalewicz J.** (2002) Drugs in the postsocialist transitions of Estonia, Latvia, Lithuania and Poland. *European Addiction Research* 8, 177-183.
- Lambo T.A.** (1965) Medical and social problems of drug addiction in West Africa, with special emphasis on psychiatric aspects. *Bulletin on Narcotics* 17, 3-13.
- Larance B., Degenhardt L. Copeland J. y Dillon P.** (2008) Injecting risk behaviour and related harm among men who use performance and image-enhancing drugs. *Drug and Alcohol Review* 27, 678-686.

- Laven D.L.** (ed.) (2006) Drug diversion and counterfeiting, *Partes I y II, publicadas en dos números de la publicación Journal of Pharmacy Practice* 19, 135-139 y 191-195 [ERROR EN EL ORIGINAL, SEGÚN LA PÁGINA WEB DE LA PUBLICACIÓN].
- Lawal R.A., Adelekan M.L., Ohaeri J.U. y Orija O.B.** (1998) Rehabilitation of heroin and cocaine abusers managed in a Nigerian psychiatric hospital. *East African Medical Journal* 75, 107-112.
- Lehto J.** (1998) Equal access with optimum costs: Issues of financing and managing drug treatment. En: Klingemann H. and Hunt G. (eds.) *Drug treatment systems in an international perspective: Drugs, demons, and delinquents*. pp. 269-280. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.
- Lembke A., Humphreys K. y Moos R.** (2009) Diagnosis, development and treatment of substance use disorders among adolescents and young adults. En: Steiner, H. (ed) *Stanford School of Medicine Handbook of Developmental Psychiatry*. Nueva York, NY: Jossey/Bass/Wiley. En prensa.
- Lenton S., Christie P., Humeniuk R., Brooks A., Bennett P. y Heale P.** (1999) *Infringement versus conviction: the social impact of a minor cannabis offence under a civil penalties system and strict prohibition in two Australian states*. National Drug Strategy Monograph No. 36. Canberra, Australia: Publications Productions Unit, Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Lenton S., Heale P., Erickson P., Single E., Lang E. y Hawks D.** (2000a) *The regulation of cannabis possession, use and supply*. Perth, Australia: National Drug Research Institute, Curtin University of Technology. Disponible en: http://espace.lis.curtin.edu.au/archive/00000377/01/M25_Regulation_Cannabis.pdf (consultado el 25 de mayo del 2009).
- Lenton S., Humeniuk R., Heale P. y Christie P.** (2000b) Infringement versus conviction: the social impact of a minor cannabis offence in SA and WA. *Drug and Alcohol Review* 19, 257-264.
- Leri F., Bruneau J. y Stewart J.** (2003) Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction* 98, 7-22.
- Levine H.G.** (1981) The vocabulary of drunkenness. *Journal of Studies on Alcohol* 42, 1038-1051.
- Levitt S.** (2004) Understanding why crime fell in the 1990s: four factors that explain the decline and six that do not. *Journal of Economic Perspectives* 18, 163-190.
- Levitt S. y Venkatesh S.A.** (2000) An economic analysis of a drug-selling gang's finances. *Quarterly Journal of Economics* 115, 755-789.
- Li X., Zhou Y. y Stanton B.** (2002) Illicit drug initiation among institutionalized drug users in China. *Addiction* 97, 575-582.
- Ling W., Charuvastra C., Kaim S.C. y Klett C.J.** (1976) Methadyl acetate and methadone as maintenance treatment for heroin addicts: a Veterans Administration cooperative study. *Archives of General Psychiatry* 33, 709-720.
- Littlejohn C., Baldacchino A., Schifano F. y Deluca P.** (2005) Internet pharmacies and online prescription drug sales: a cross-sectional study. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 12, 75-80.
- Liu J.-L., Liu J.-T., Hammitt J.K. y Chou S-Y.** (1999) The price elasticity of opium in Taiwan, 1914-1942. *Journal of Health Economics* 18, 795-810.
- Liu Z., Zhou W., Lian Z., Mu Y., Cai Z. y Cao J.** (2001) The use of psychoactive substances among adolescent students in an area in the south-west of China. *Addiction* 96: 247-250.
- Liu Z., Lian Z. y Zhao C.** (2006) Drug use and HIV/AIDS in China. *Drug and Alcohol Review* 25, 173-175.
- Longshore D., Reuter P., Derks J., Grapendal M. y Ebener P.** (1998) Drug policies and harms: a conceptual framework. *European Addiction Research* 4, 172-182.

- Lundberg L. e Isacson D.** (1999) The impact of over-the-counter availability of nasal sprays on sales, prescribing, and physician visits. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 17, 1-45.
- Luo R. y Cofrancesco J., Jr.** (2006) Injection drug use and HIV transmission in Russia. *AIDS* 20, 935-936.
- Lussier J.P., Heil S.H., Mongeon J.A., Badger G.J. y Higgins S.T.** (2006) A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 101, 192-203.
- Luthar S.S. y D'Avanzo K.** (1999) Contextual factors in substance use: a study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology* 11, 845-867.
- Lynskey M.T. y Hall W.** (2001) Attention Deficit Hyperactivity Disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction* 96, 815-822.
- Lynskey M.T., Heath A.C., Bucholz K.K., Slutske W.S., Madden P.A., Nelson E.C., Statham D.J. y Martin N.G.** (2003) Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *Journal of the American Medical Association* 289, 427-433.
- MacAndrew C. y Edgerton R.** (1969) *Drunken comportment*. Chicago, IL: Aldine.
- MacCoun R.J. y Reuter P.** (2001a) *Drug war heresies: learning from other vices, times and places*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- MacCoun R.J. y Reuter P.** (2001b) Evaluating alternative cannabis regimes. *British Journal of Psychiatry* 178, 123-128.
- MacCoun R.J., Pacula R., Chiriqui J., Harris K. y Reuter P.** (2008) *Do citizens accurately perceive differences in marijuana sanction risks?: A test of a critical assumption in deterrence theory and the decriminalization debate*. JSP/Center for the Study of Law and Society Faculty Working Papers. Paper 64. Disponible en: <http://repositories.cdlib.org/cslls/fwp/6> (consultado el 19 de mayo del 2009).
- MacDonald S., Anglin-Bodrug K., Mann R.E., Erickson P., Hathaway A., Chipman M., y Rylett M.** (2003). Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and Alcohol Dependence* 72, 99-115.
- MacDonald Z., Collingwood J. y Gordon L.** (2006). *Measuring the harm from illegal drugs using the Drug Harm Index: an update*. Home Office Online Report 08/06. Londres, Reino Unido: The Home Office.
- Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M., Oppenkowski T., Stokes-Lampard H. y Davey Smith G.** (2004) Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet* 363, 1579-1588.
- Magura S., Nwakeze P.C., Rosenblum A. y Joseph H.** (2000) Substance misuse and related infectious diseases in a soup kitchen population. *Substance Use and Misuse* 35, 551-583.
- Maher L. y Dixon D.** (2001) The cost of crackdowns: policing Cabramatta's heroin market. *Current Issues in Criminal Justice* 13, 5-22.
- Maher L., Dixon D., Hall W. y Lynskey M.** (2002) Property crime and income generation by heroin users. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology* 35, 187-202.
- Mäkelä K., Arminen I., Bloomfield K., Eisenbach-Stangl I., Helmersson Bergmark K., Mariolini N., Ólafsdóttir H., Petersen J.H., Phillips M., Rehm J., Room R., Rosenqvist P., Rosovsky H., Stenius K., Świątkiewicz G., Woronowicz B. y Zieliński A.** (1996) *Alcoholics Anonymous as a mutual help movement: a study in eight societies*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Manchikanti L., Cash K.A., Damron K.S., Manchukonda R., Pampati V. y McManus C.D.** (2006a) Controlled substance abuse and illicit drug use in chronic pain patients: an evaluation of multiple variables. *Pain Physician* 9, 215-225.

- Manchikanti L., Manchukonda R., Damron K.S., Brandon D. McManus C.D. y Cash K.** (2006b) Does adherence monitoring reduce controlled substance abuse in chronic pain patients? *Pain Physician* 9, 57-60.
- Mandel J.** (1987) Are lower penalties a green light for drug users? *Journal of Psychoactive Drugs* 19, 383-385.
- Manderson D.** (1987) Proscription and prescription: Commonwealth government opiate policy 1905-1937. *National Campaign against Drug Abuse, Monograph Series No. 2*. Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service.
- Manderson D.** (1993) *From Mr. Sin to Mr. Big*. Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Mandryk J.A., Mackson J.M., Horn F.E., Wutzke S.E., Badcock C-A., Hyndman R.J. y Weekes L.M.** (2006) Measuring change in prescription drug utilization in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 15, 477-484.
- Mann R.E., Smart R., Anglin L. y Rush B.** (1988) Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism? *British Journal of Addiction* 83, 683-688.
- Mann S.** (1999) *\$150m opiates trade at risk*. The Age. Melbourne, Australia, 18 December. Disponible en www.mapinc.org/drugnews/v99/n1378/a05.html (consultado el 25 de mayo del 2009).
- Manski C.F., Pepper J.V. y Thomas Y.F.** (eds.) (1999) *Assessment of two cost-effectiveness studies on cocaine control policy*. Washington, DC: National Academy Press.
- Manski C.F., Pepper J.V. y Petrie C.V.** (eds.) (2001) *Informing America's policy on illegal drugs: What we don't know keeps hurting us*. Washington, DC: National Academy Press.
- Manzoni P, Brochu S., Fischer B. y Rehm J.** (2006) Determinants of property crime among illicit opiate users outside of treatment across Canada. *Deviant Behavior* 27, 351-376.
- Marijuana Policy Project** (2008) *State by state medical marijuana laws: How to remove the threat of arrest*. Washington, DC: Marijuana Policy Project. Disponible en: <http://www.mpp.org/legislation/state-by-state-medical-marijuana-laws.html> (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Marijuana Treatment Project Research Group** (2004) Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 455-466.
- Marmot M.** (2004) *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. Nueva York, NY: Times Books.
- Marsden J., Stillwell G., Barlow H., Boys A., Taylor C., Hunt N. y Farrell M.** (2005) An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction* 101, 1014-1026.
- Martyres R.F., Clodes D. y Burns J.M.** (2004). Seeking drugs or seeking help? Escalating "doctor shopping" by young heroin users before fatal overdose. *Medical Journal of Australia* 180, 211-214.
- Massari M.** (2005) Ecstasy in the city: synthetic drug markets in Europe. *Crime, Law and Social Change* 44, 1-18.
- Matrix Knowledge Group** (2007) *The illicit drug trade in the United Kingdom*. Home Office online report 20/07. Londres, Reino Unido: The Home Office.
- Mazerolle L., Soole D. y Rombouts S.** (2006) Street-level drug law enforcement: a meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology* 2, 409-435.
- McAllister W.B.** (2000) *Drug diplomacy in the twentieth century: an international history*. Nueva York, NY: Routledge.
- McCabe S.E., Teter C.J. y Boyd C.J.** (2006) Medical use, illicit use, and diversion of prescription stimulant medication. *Journal of Psychoactive Drugs* 38, 43-56.

- McCabe S.E., Cranford J.A., Boyd C.J. y Teter C.J.** (2007) Motives, diversion and routes of administration associated with nonmedical use of prescription opioids. *Addictive Behavior* 32, 562-575.
- McCoy C.B., McCoy H.V., Lai S., Yu Z., Wang X. y Meng J.** (2001) Reawakening the dragon: changing patterns of opiate use in Asia, with particular emphasis on China's Yunnan province. *Substance Use and Misuse* 36, 49-69.
- McGeorge J. y Aitken C.K.** (1997) Effects of cannabis decriminalization in the Australian capital territory on university students' patterns of use. *Journal of Drug Issues* 27, 785-793.
- McKegany N.** (2005) *Random drug testing of schoolchildren: a shot in the arm or a shot in the foot for drug prevention?* York, Reino Unido: Joseph Rowntree Foundation.
- McKinlay J.B.** (1992) Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Canadian Journal of Public Health* 83 (Suppl.), 11-19S.
- McLellan A.T., Arndt I.O., Metzger D.S., Woody G.E. y O'Brien C.P.** (1993) The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association* 269, 1953-1959.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P. y Kleber H.** (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association* 284, 1689-1695.
- McLellan A.T., Carise D. y Kleber H.D.** (2003) Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, 117-121.
- McLellan A.T., McKay J.R., Forman R., Cacciola J. y Kemp J.** (2005) Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 100, 447-458.
- Meara E. y Frank R.** (2005) Spending on substance abuse treatment: how much is enough? *Addiction* 100, 1240-1248.
- Medawar C. y Hardon A.** (2004) *Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill.* Amsterdam, Países Bajos: Aksant.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Fleiz C., Benjet C., Rojas E., Zambrano J., Villatoro J., y Aguilar-Gaxiola S.** (2006) Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* 19 (4), 265-276.
- Meier B.** (2007) *Narcotic maker guilty of deceit over marketing.* New York Times 11 May. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2007/05/11/business/11drug.html> (consultado el 15 de mayo del 2009).
- Merikangas K.R., Mehta R.L., Molnar B.E., Walters E.E., Swendsen J.D., Aguilar-Gaxiola S., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga J.J., DeWit D.J., Kolody B., Vega W.A., Wittchen H.U. y Kessler R.C.** (1998a) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 23, 893-907.
- Merikangas K.R., Stolar M., Stevens D.E., Goulet J., Preisig M.A., Fenton B., Zhang H., O'Malley S.S. y Rounsaville B.J.** (1998b) Familial transmission of substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 55, 973-979.
- Meyer R.E.** (1986) *Psychopathology and addictive disorders.* Nueva York: Guilford.
- Michna E., Ross E.L., Hynes W.L., Nedeljkovic S.S., Soumekh S., Janfaza D., Palombi D. y Jamison R.N.** (2004) Predicting aberrant drug behavior in patients treated for chronic pain: importance of abuse history. *Journal of Pain and Symptom Management* 28, 250-258.
- Midford R., McBride N. y Munro G.** (1998) Harm reduction in school education: developing an Australian approach. *Drug and Alcohol Review* 17, 319-327.

- Millar T., Gemmell I., Hay G., Heller R.F. y Donmall M.** (2006) How well do trends in incidence of heroin use reflect hypothesised trends in prevalence of problem drug use in the North West of England? *Addiction Research & Theory* 14, 537-549.
- Miller C.L., Johnston C., Spittal P.M., Li K., LaLiberté N., Montaner J.S.G. y Schechter M.T.** (2002) Opportunities for prevention: hepatitis C prevalence and incidence in a cohort of young injection drug users. *Hepatology* 36, 737-742.
- Mills W.** (1985) Cape smoke: Alcohol issues in the Cape Colony in the nineteenth century. *Contemporary Drug Problems* 12, 221-247.
- Mingardi G.** (2001) Money and the international drug trade in Sao Paolo. *International Social Science Journal* 53, 379-386.
- Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M., Kirchmayer U. y Verster A.** (2006) Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1, article number CD001333. DOI: 10.1002/14651858.CD001333.pub2.
- Miron J.A.** (2003a) *A critique of estimates of the economic costs of drug abuse*. Manuscrito. Boston, MA: Department of Economics, Boston University.
- Miron J.A.** (2003b) *Bringing honest cost-benefit analysis to U.S. drug policy: a critique of estimates of the economic costs of drug abuse*. Nueva York: Drug Policy Alliance. Disponible en: http://www.drugpolicy.org/docUploads/Miron_Report.pdf (consultado el 13 de mayo del 2009).
- Mitcheson M., Edwards G., Hawks D. y Ogborne A.** (1976) Treatment of Methylamphetamine users during the 1968 epidemic. En : Edwards G., Russell M.A.H., Hawks D. y MacCafferty M. (eds.) *Drugs and drug dependence*. Londres, Reino Unido: Saxon House Publishers.
- Model K.E.** (1993) The effect of marijuana decriminalization on hospital emergency room drug episodes: 1975-1978. *Journal of the American Statistical Association* 88, 737-747.
- Mokri A.** (2005) Substance Abuse Treatment and HIV in Iran. Presentado en Estambul en la Conferencia Internacional sobre Sistemas de Servicios para el Tratamiento del Abuso de Sustancias. Disponible en: <http://www.uclaisap.org/dssat2005/html/presentations.html> (consultado el 30 de mayo del 2009).
- Monshouwer K., Smit F., de Graaf R., van Os J. y Vollebergh W.** (2005) First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction* 100, 963-970.
- Moore M.H.** (1973) Policies to achieve discrimination on the effective price of heroin. *American Economic Review* 63, 270-277.
- Moore T.J.** (2005) *What is Australia's "drug budget"? The policy mix of illicit drug-related government spending in Australia*. DPMP Monograph Series. Fitzroy, Australia: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Moore T.J. y Caulkins J.P.** (2005) *How studies of the cost-of-illness of substance abuse can be made more useful for policy analysis*. Trabajo presentado en la 27a Conferencia Australiana de Economistas de la Salud, septiembre de 2005.
- Moore T.J., Caulkins J.P., Ritter A., Dietze P., Monagle S. y Pruden J.** (2005) *Heroin markets in Australia: current understanding and future possibilities*. DPMP Monograph Series. Fitzroy, Australia: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Moravek J.** (2008) Problem drug use, marijuana, and European projects: how epidemiology helped Czech drug reformers. *Central European Journal of Public Policy* 2, 26-39.
- Morgan O. y Majeed A.** (2005) Restricting paracetamol in the United Kingdom to reduce poisoning: a systematic review. *Journal of Public Health* 27, 12-18.
- Morgan P.** (1983) Alcohol, disinhibition, and domination: a conceptual analysis. En: Room R. y Collins G. (eds.) *Alcohol and disinhibition: nature and meaning of the link*. pp. 405-420. Research Monograph No. 12, DHHS Publication No. (ADM) 83-1246. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism,

Morrall A.R., McCafrey D.F. y Paddock S.M. (2002) Evidence does not favor marijuana gateway effects over a common-factor interpretation of drug use initiation: responses to Anthony, Kenkel & Mathios and Lynskey. *Addiction* 97, 1509-1510.

Morrato E.H. y Staffa J.A. (2007) Effectiveness of risk management plans: a case study of pemoline using pharmacy claims data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 16, 104-112.

Moskalewicz J. (2002) Drugs in countries of Central and Eastern Europe. *European Addiction Research* 8, 157-158.

Mugford S. (1993) Harm reduction: does it lead where its proponents imagine? En: Heather N., Wodak A., Nadelmann E. y O'Hare P. (eds.) *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. pp. 21-33. Londres, Reino Unido: Whurr Publishers.

Munn C. (2000) The Hong Kong opium revenue, 1845-1885. En: Brook T. y Wakabayashi B.T. (eds.) *Opium regimes: China, Britain and Japan, 1839-1952*. pp. 105-126. Berkeley, CA: University of California Press.

Murray C.J.L. y Lopez A.D. (eds.) (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Musto D. (1973) *The American disease: origins of narcotic control*. New Haven, CT: Yale University Press.

Nadelmann E. (1993) *Cops across borders: the internationalization of U.S. criminal law enforcement*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.

Nagin D.S. (1998) Criminal deterrence research: A review of the evidence and a research agenda for the outset of the 21st century. En: Tonry M. (ed.) *Crime and Justice: an annual review of research*, vol. 23, pp. 1-42. Chicago, IL: University of Chicago Press.

NAOMI Study Team (2008) *Reaching the hardest to reach - treating the hardest-to-treat: summary of the primary outcomes of the North American opiate medication initiative (NAOMI)*. Disponible en: <http://www.naomistudy.ca/documents.html> (consultado el 15 de mayo del 2009).

Narcotics Control Bureau, India (2003) *Narcotics Annual Report 2002*. Delhi, India: Narcotics Control Bureau.

Natarajan M. y Hough M. (eds.) (2000) *Illegal drug markets: from research to policy*. Crime Prevention Studies Vol. 11. Monsey, NY: Criminal Justice Press.

National Institute for Health Care Management (2002) *Prescription drug expenditures in 2001: another year of escalating costs. 6 Mat revision*. Washington, DC: NIHCM. Disponible en: http://www.nihcm.org/~nihcmor/pdf/spending_2001.pdf (consultado el 15 de mayo del 2009).

National Institute of Justice (2003) *2000 arrestee drug abuse monitoring: annual report*. NCJ 193013. Washington DC: U.S. Department of Justice.

National Institute of Justice (2004) *Drug and alcohol use and related matters among arrestees, 2003*. Washington, DC: U.S. Department of Justice. Disponible en: <http://www.ncjrs.gov/nij/adam/ADAM2003.pdf> (consultado el 10 de enero del 2009).

National Institute on Drug Abuse (2008) *Monitoring the future survey, overview of findings 2007*. Bethesda, MD: NIDA. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/newsroom/07/MTF07Overview.html#one> (consultado el 15 de mayo del 2009).

National Research Council (2005) *Improving evaluation of anti-Crime programs*. Washington, DC: National Academy Press.

National Research Council and Institute of Medicine (2009) *Preventing mental, emotional and behavioral disorders amongst young people: progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. O'Connell M.E., Boat T. y Warner K.E., eds. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

National Swedish Police Board [Rikspolisstyrelsen] (2003) *Regional report*. POL-420-2705/02.

Navarro M. (1996). Marijuana farms are flourishing indoors, producing a more potent drug. *The New York Times*, 24 November: Section 1: 18

Neeleman J. y Farrell M. (1997) Fatal methadone and heroin overdoses: time trends in England and Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health* 51, 435-437.

Neill M., Christie P. y Cormack S. (1991) *Trends in alcohol and other drug use by South Australian school children, 1986-1989*. Adelaide, Australia: Drug and Alcohol Services Council South Australia.

Nerad J. y Neradova L. (1991) Alcohol and drug problems in Czechoslovakia. *Journal of Substance Abuse Treatment* 8, 83-88.

Neumark Y.D., Grotto I. y Kark J.D. (2004) Twenty-year trends in illicit drug use among young Israelis completing military duty. *Addiction* 99, 641-648.

New York Times (1998). *Mexico Adds to Sentence in Drug Corruption Case*. 7 June, New York edition: Section 1: 14.

Newman R.G. y Whitehill W.B. (1979) Double-blind comparisons of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts. *The Lancet* 2, 485-488.

Newman R.K. (1995) Opium smoking in late imperial china. *Modern Asian Studies* 29, 765-794.

Nicholas S., Kershaw C. y Walker A. (eds.) (2007) *Home office statistical bulletin: Crime in England and Wales 2006/07* (4a ed.). Londres, Reino Unido: Home Office.

NIJ. Véase National Institute of Justice.

Nordt C. y Stohler R. (2006) Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland; a treatment case register analysis. *The Lancet* 367, 1830-1834.

Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (2008) *Illicit drug use statistics among 15-20-year-olds*. Oslo, Norway: SIRUS (Institute Noruego de Investigaciones sobre el Alcohol y las Drogas).

Novins D.K., Beals J. y Mitchell C.M. (2001) Sequences of substance use among American Indian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 1168-1174.

Nutt D.J., King L.A., Saulsbury B. y Blakemore C. (2007) Development of a rational scale to assess the harm of the drugs of potential misuse. *The Lancet* 369, 1047-1053.

O'Connell M.E., Boat T. y Warner K.E. (eds.) (2009) *Preventing mental, emotional and behavioral disorders amongst young people: progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.

O'Donnell J.A. (1969) *Narcotic addicts in Kentucky*. Chevy Chase, MD.: National Institute of Mental Health (U.S. Government Printing Office).

O'Driscoll P., McGough J., Hogan H., Thiede H., Critchlow C. y Alexander R. (2001) Predictors of accidental fatal drug overdose among a cohort of injection drug users. *American Journal of Public Health* 92, 984-987.

Obot I.S. (1990) Substance abuse, health and social welfare in Africa: An analysis of the Nigerian experience. *Social Science and Medicine* 31, 699-704.

Obot I.S. (1992) Ethical and legal issues in the control of drug abuse and drug trafficking: the Nigerian case. *Social Science and Medicine* 35, 481-493.

Obot I.S. y Anthony J.C. (2000) School dropout and injecting drug use in a national sample of white non-Hispanic American adults. *Journal of Drug Education* 30, 145-152.

Obot I.S. (2004) Assessing Nigeria's drug control policy, 1994-2000. *International Journal of Drug Control Policy* 15, 17-26.

Ochoa K., Hahn J., Seal K. y Moss A. (2001) Overdosing among young injection drug users in San Francisco. *Addictive Behaviors* 26, 453-460.

Office of National Drug Control Policy (1997) *The national drug control strategy, 1997: FY 1998 budget strategy*. Washington, DC: ONDCP. Disponible en: <http://www.ncjrs.gov/htm/tables.htm#table3> consultado el 31 de julio del 2006).

Office of National Drug Control Policy (2001a) *National Drug Control Strategy: 2001 annual report*. Washington, DC: ONDCP.

Office of National Drug Control Policy (2001b) *What America's users spend on illicit drugs*. Washington, DC: Executive Office of the President.

Office of National Drug Control Policy (2004a) *The economic costs of drug abuse in the United States, 1992-2002*. Publication No. 207303. Washington, DC: Executive Office of the President.

Office of National Drug Control Policy (2004b) *The price and purity of illicit drugs: 1981 through the 2nd quarter of 2003*. Washington, DC: ONDCP.

Office of National Drug Control Policy (2006) *Certification for major illicit drug producing and transit countries*. ONDCP fact sheet. Disponible en: http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/international/factsht/cert_major_illct.html (consultado el 25 de mayo del 2009).

Office of the Auditor General of Canada (2001) *2001 December report of the auditor general of Canada*. Ottawa, Canadá: Office of the Auditor General of Canada. Disponible en: http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_200112_e_1134.html (consultado el 12 de mayo del 2009).

Office of the Inspector General, Audit Division (2007) *The Drug Enforcement Administration's international operations*. Audit Report 07-19 (redacted - public version). Washington, DC: US Department of Justice. Disponible en: <http://www.usdoj.gov/oig/reports/DEA/a0719/final.pdf> (consultado el 25 de mayo del 2009).

Oliver R.G. y Hetzel B.S. (1972) Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia* 2, 919-923.

Oliver R.G. y Hetzel B.S. (1973) An analysis of recent trends in suicide rates in Australia. *International Journal of Epidemiology* 2, 91-101.

Omoluabi P.F. (1995) A review of the incidence of nonprescription psychoactive substance use/misuse in Nigeria. *Substance Use and Misuse* 30, 445-458.

ONDCP. Véase Office of National Drug Control Policy.

ONUSIDA (2006) *2006 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra, Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006/default.asp> (consultado el 8 de julio del 2009).

Organización Mundial de la Salud (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html> (consultado el 25 de mayo del 2009).

Organización Panamericana de la Salud (2005) *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, DC: OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/neurociencia-libro.pdf> (consultado el 25 de mayo del 2009).

Organización Panamericana de la Salud (2008) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Orwin R., Cadell D., Chu A., Kalton G., Maklan D., Morin C., Piesse A., Sridharan S., Steele D., Taylor K. y Tracy E. (2006) *Evaluation of the national youth anti-drug media campaign: 2004 report of findings*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.

Owen D. (1934) *British opium policy in China and India*. New Haven, CT: Yale University Press (reimpresión de 1968).

Pacula R.L. (1998) Does increasing the beer tax reduce marijuana consumption? *Journal of Health Economics* 17, 557-586.

Pacula et al (2001). Chapter 11, page 4.

Pacula R.L., Grossman M., Chaloupka F.J., O'Malley P.M. y Farrelly M.C. (2001) Marijuana and youth. En: Gruber J. (ed.) *Risky behavior among youths: an economic analysis*. pp. 271-326. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Pacula R.L., Chriqui J.F. y King J. (2003) *Decriminalization in the United States: what does it mean?* National Bureau of Economic Research Working Paper No. 9690. Cambridge, MA: NBER.

Pacula R.L., Chriqui J.F. y King J. (2004) Marijuana decriminalization: what does it mean in the United States? NBER Working Paper No. 9690. Santa Monica, CA: RAND. Disponible en: http://www.rand.org/pubs/working_papers/2004/RAND_WR126.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

Paglia A. y Room R. (1999) Preventing substance abuse problems among youth: a literature review and recommendations. *The Journal of Primary Prevention* 20, 3-50.

Palm Beach County Sheriff's Office (2001) *Prescription fraud*. Palm Beach, FL: PBSO, Drug Division Unit. Disponible en: http://www.pbso.org/oldpbso/PBSO_Org/Law_Enforcement/Drug_Diversion/drug_diversion.htm (consultado el 20 May 2009).

Pan L. (1975) *Alcohol in colonial Africa*. Helsinki, Finlandia: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Paoli L. (2000) *Drug markets in Frankfurt and Milan*. Freiburg, Alemania: Max Plank Institute.

Paoli L. (2003) *Mafia brotherhoods*. Londres, Reino Unido: Oxford University Press.

Paoli L., Rabkov I., Greenfield V. y Reuter P. (2007) Tajikistan: the rise of a narco-state. *Journal of Drug Issues* 37, 951-979.

Paoli L., Greenfield V.A. y Reuter P. (2009a) *The world heroin market: can supply be cut?* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Paoli L., Greenfield V.A., Charles M. y Reuter P. (2009b) The global diversion of pharmaceutical drugs. India: the third largest illicit opium producer? *Addiction* 104, 347-354.

Parker H., Bury C. y Egginton R. (1998) New heroin outbreaks amongst young people in England and Wales. *Crime detection and prevention series*. Paper 92. Londres, Reino Unido: Home Office, Police Research Group.

Parker H., Newcombe R. y Bakx K. (1987) The new heroin users: prevalence and characteristics in Wirral, Merseyside. *British Journal of Addiction* 82, 147-157.

Parry C.D., Bhana A., Plüddemann A., Myers B., Siegfried N., Morojele N.K., Flisher A.J. y Kozel N.J. (2002) The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): description, findings (1997-99) and policy implications. *Addiction* 97, 969-976.

Parry C.D.H., Myers B., Morojele N.K., Flisher A.J., Bhana A., Donson H. y Plüddemann A. (2004) Trends in adolescent alcohol and other drug use: Findings from three sentinel sites in South Africa (1997-2001). *Journal of Adolescence* 27, 429-440.

- Patterson K.M., Holman C.D., English D.R., Hulse G.K. y Unwin E.** (1999) First-time hospital admissions with illicit drug problems in indigenous and non-indigenous Western Australians: an application of record linkage to public health surveillance. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23, 460-463.
- Paulozzi L., Bundnitz D. y Xi Y.** (2006) Increasing deaths from opioid analgesics in the United States. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 15, 618-627.
- Pearson G. y Hobbs D.** (2001) *Middle market drug distribution*. Home Office Research Study no. 227. Londres, Reino Unido: The Home Office.
- Peles E., Schreiber S., Gordon J. y Adelson M.** (2005) Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment (MMT) patients with chronic pain. *Pain* 113, 340-346.
- Perkonig A., Lieb R. y Wittchen H-U.** (1998) Substance use, abuse and dependence in Germany: a review of selected epidemiological data. *European Addiction Research* 4, 8-17.
- Perry C.L., Komro K.A., Veblen-Mortensen S., Bosma L.M., Farbakhsh K., Munson K.A., Stigler M.H. y Lytle L.A.** (2003) A randomized controlled trial of the middle and junior high school DARE and DARE plus programs. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 157, 178-184.
- Phillips C.D., Hubbard R.L., Dunteman G., Fountain D.L., Czechowicz D. y Cooper J.R.** (1995) Measuring program performance in methadone treatment using in-treatment outcomes: an illustration. *Journal of Mental Health Administration* 22, 214-225.
- Pietschmann T.** (2004) Price-setting behavior in the heroin market. *Bulletin on Narcotics* 56, 105-139.
- Pijlman F.T.A., Rigter S.M., Hoek J., Goldschmidt H.M.J. y Niesink R.J.M.** (2005) Strong increase in total delta-THC in cannabis preparations sold in Dutch coffee shops. *Addiction Biology* 10, 171-180.
- Pimlott N.J., Hux J.E., Wilson L.M., Kahan M., Li C. y Rosser W.W.** (2003) Educating physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 168, 835-839.
- Plunkett M. y Mitchell C.M.** (2000) Substance use rates among American Indian adolescents: regional comparisons with monitoring the future high school seniors. *Journal of Drug Issues* 30, 575-591.
- Pocock S.J. y Elbourne D.R.** (2000) Randomized trials or observational tribulations? *New England Journal of Medicine* 342, 1907-1909.
- Pollack H.A.** (2001) Cost-effectiveness of harm reduction in preventing Hepatitis C among injection drug users. *Medical Decision Making* 21, 357-367.
- Popova S., Rehm J. y Patra J.** (2006) Illegal drug-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Contemporary Drug Problems* 33, 343-366.
- Porter C.J.W. y Armstrong J.R.** (2004) Burns from illegal drug manufacture: case series and management. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 25, 314-318.
- Porter L., Argandoña M. y Curran W.J.** (1999) *Drug and alcohol dependence policies, legislation and programmes for treatment and rehabilitation*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Poshyachinda V., Ch'ien J.M.N., Suwaki H., Robinson D. y Willie, R.** (1982) Treatment is a cultural process and social act. *Unesco Courier* 35, 20-24.
- Power R.** (1994) Drug trends since 1968. En: Strang J. y Gossop M. (eds.) *Heroin addiction and the British system*. pp. 29-41. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

- Poznyak V.B., Pelipas V.E., Vievski A.N. y Miroshnichenko L.** (2002) Illicit drug use and its health consequences in Belarus, Russian Federation and Ukraine: impact of transition. *European Addiction Research* 8, 184-189.
- Preble E. y Casey J.J.** (1969) Taking care of business: the heroin user's life on the street. *International Journal of the Addictions* 4, 1-24.
- Prendergast M.L., Podus D., Chang E. y Urada D.** (2002) The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence* 67, 53-73.
- Prendergast M.L., Podus D., Finney J.W., Greenwell L. y Roll, J.** (2006) Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction* 101, 1546-1560.
- Preston J.** (1997). Mexico's drug czar busted. *The New York Times*, 23 February: Section 4: 2.
- Prezelj I. y Gaber M.** (2005) *Smuggling as a threat to national and international security: Slovenia and the Balkan route*. Athena Papers Series No 5. Garmisch-Partenkirchen, Alemania: Pfp Consortium of Defense Academies and Security Studies Institutes.
- Prior M.J., Cooper K., Cummins P. y Bowen D.** (2004) Acetaminophen availability increases in Canada with no increase in the incidence of reports of inpatient hospitalizations with acetaminophen overdose and acute liver toxicity. *American Journal of Therapeutics* 11, 443-452.
- QUERI Substance Abuse Module Executive Committee** (2001) Treatment for opiate dependence. *VA Practice Matters* 6, 1-6.
- Rajkumar A. y French M.** (1997) Drug abuse, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology* 13, 291-323.
- Ramsay M. y Percy A.** (1997) A national household survey of drug misuse in Britain: a decade of development. *Addiction* 92, 931-937.
- Ramstedt M.** (2006) What drug policies cost: estimating drug policy expenditures in Sweden, 2002. *Addiction* 101, 330-338.
- Rasmussen D.W. y Benson B.L.** (1994) *The economic anatomy of a drug war*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- Rawson R., Marinelli-Casey P., Anglin M.D., Dickow A., Frazier Y., Gallagher C., Galloway G., Herrell J., Huber A., McCann M., Obert J., Pennell S., Reiber C., Vandersloot D. y Zweben J.** (2004) A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction* 99, 708-717.
- Rehm J. y Room R.** (2005) The global burden of disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drugs (2005). En: Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou T. y Loxley W. (eds.) *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*. pp. 25-41. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Rehm J., Geschwend P., Steffen T., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. y Uchtenhagen A.** (2001) Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet* 358, 1417-1423.
- Rehm J., Room R., van den Brinkt W. y Kraus L.** (2005) Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology* 15, 389-397.
- Rehm J., Baliunas D., Brochu S., Fischer B., Gnam W., Patra J., Popova S., Sarnocinska-Hart A. y Taylor B.** (2006) *The costs of substance abuse in Canada 2002*. Ottawa, Canadá: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Reinarman C.** (2009) Cannabis policies and user practices: market separation, price, potency, and accessibility in Amsterdam and San Francisco. *International Journal of Drug Policy* 20, 28-37.
- Resnik D.B.** (2007) *The price of truth: how money affects the norms of science*. Oxford, Reino Unido, Oxford University Press.

- Reuter P.** (1983) *Disorganized crime: the economics of the visible hand*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Reuter P.** (2001) Why does research have so little impact on American drug policy? *Addiction* 96, 373-376.
- Reuter P.** (2006) What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures. *Addiction* 101, 315-322.
- Reuter** (2006). Chapter 15.
- Reuter P. y Caulkins J.P.** (2004) Illegal lemons: price dispersion in the cocaine and heroin markets. *UN Bulletin on Narcotics* 56, 141-165.
- Reuter P. y Kleiman M.** (1986) Risks and prices: an economic analysis of drug enforcement. *Crime and Justice: An Annual Review* 9, 128-179.
- Reuter P. y MacCoun R.J.** (1992) Street drug markets in inner-city neighbourhoods. En: Steinberg J.B., Lyon D.W. y Vaiana M.E. (eds.) *Urban America*. Santa Monica, CA: RAND.
- Reuter P. y MacLean-Abaroa R.** (2008) Drug control in Bolivia. Versión preliminar. Disponible en: <http://www.puaf.umd.edu/faculty/reuter/Working%20Papers/Publications.htm>.
- Reuter P. y Pollack H.** (2006) How much can treatment reduce national drug problems? *Addiction* 101, 341-347.
- Reuter P. y Ronfeldt D.** (1992) Quest for integrity: the Mexican-U.S. drug issue in the 1980s. *Journal of Interamerican Affairs* 34, 89-153.
- Reuter P. y Stevens A.** (2007) *An analysis of UK drug policy*. Londres, Reino Unido: Drug Policy Commission.
- Reuter P. y Trautmann F.** (eds.) (2009) *A report on global illicit drugs markets, 1998-2007*. Países Bajos: Comisión Europea.
- Reuter P., Crawford G. y Cave J.** (1988) *Sealing the borders; the effects of increased military participation in drug interdiction*. Santa Monica, CA: RAND.
- Reuter P., MacCoun R. y Murphy P.** (1990) *Money from crime: a study of the economics of drug dealing in Washington, D.C.* Santa Monica, CA: RAND.
- Rhee S.H., Hewitt J.K., Young S.E., Corley R.P., Crowley T.J. y Stallings M.C.** (2003) Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Archives of General Psychiatry* 60, 1256-1264.
- Rhodes, W.R., Hyatt R. y Scheiman P.** (1994) The price of cocaine, heroin, and marijuana, 1981-1993. *Journal of Drug Issues* 24, 383-402.
- Rhodes T., Ball A., Stimson G.V., Kobysheva Y., Fitch C., Pokrovsky V., Bezruchenko-Novachuk M., Burrows D., Renton A. y Andrushchak L.** (1999) HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 94, 1323-1336.
- Richard J. y Reidenberg M.** (2005) The risk of disciplinary action by state medical boards against physicians prescribing opioids. *Journal of Pain and Symptom Management* 29, 206-212.
- Rigter H.** (2006) What drug policies cost: drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction* 101, 323-329.
- Riley K.J.** (1997) *Crack, powder cocaine, and heroin: drug purchase and use patterns in six U.S. cities*. Washington, DC: National Institute of Justice and Office of National Drug Control Policy.
- Ritter A. y Di Natale R.** (2005) The relationship between take-away methadone policies and methadone diversion. *Drug and Alcohol Review* 24, 347-352.

Robins L.N. y Slobodyan S. (2003) Post-Vietnam heroin use and injection by returning US veterans: clues to preventing injection today. *Addiction* 98, 1053-1060.

Robins L.N., Davis D.H. y Nurco D.N. (1974) How permanent was Vietnam drug addiction? *American Journal of Public Health* 64 (Suppl), 38-43.

Robinson J. (2001) *Prescription games: money, ego and power inside the global pharmaceutical industry*. Londres, Reino Unido: Simon & Schuster.

Rocheleau A.M. y Boyum D. (1994) *Measuring heroin availability in three cities*. Washington, DC: Office of National Drug Control Policy.

Roe S. y Becker J. (2005) Drug prevention with vulnerable young people: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 12, 85-99.

Roizen R. (1991) *The American discovery of alcoholism, 1933-1939*. Tesis de doctorado. Berkeley, CA: University of California, Berkeley. Disponible en: <http://www.roizen.com/ron/disshome.htm> (consultado el 25 de mayo del 2009).

Room R. (1975) Normative perspectives on alcohol use and problems. *Journal of Drug Issues* 5, 358-368.

Room R. (1980) Treatment-seeking populations and larger realities. En: Edwards G. y Grant M. (eds.) *Alcoholism treatment in transition*. pp. 205-224. Londres, Reino Unido: Croom Helm.

Room R. (1984) A "reverence for strong drink": the lost generation and the elevation of alcohol in American culture. *Journal of Studies on Alcohol* 45, 540-546.

Room R. (1989) Drugs, consciousness and self-control: popular and medical conceptions. *International Review of Psychiatry* 1, 63-70.

Room R. (1999) The rhetoric of international drug control. *Substance Use and Misuse* 34, 1689-1707.

Room R. (2000) Control systems for psychoactive substances. En: Ferrence R., Slade J., Room R. y Pope M. (eds.) *Nicotine and public health*. pp. 36-61. Washington, DC: American Public Health Association.

Room R. (2001) Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science and Medicine* 53, 189-198.

Room R. (2002a) "Nobody likes coercion": Current themes and issues in the international drug control system. *Nordic Alcohol and Drug Studies Engl. suppl* 19, 83-89.

Room R. (ed.) (2002b) The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking when alcohol controls change? NAD Publication 42. Helsinki, Finlandia: *Nordic Council for Alcohol and Drug Research*. Disponible en: http://www.nad.fi/pdf/NAD_42.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

Room R. (2005a) Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review* 24, 143-155.

Room R. (2005b) Symbolism and rationality in the politics of psychoactive substances. En: Lindgren B. y Grossman M. (eds.) *Substance use: individual behaviour, social interactions, markets and politics*. pp. 331-346. Advances in Health Economics and Health Services Research, vol. 16. Amsterdam, Países Bajos: Elsevier.

Room R. (2005c) Trends and issues in the international drug control system -- Vienna 2003. *Journal of Psychoactive Drugs* 37, 373-383.

Room R. (2006) The dangerousness of drugs. *Addiction* 101, 166-168.

- Room R. y Paglia A.** (1999) The international drug control system in the post-Cold War era: managing markets or fighting a war? *Drug and Alcohol Review* 18, 305-316.
- Room R., Fischer B., Hall W., Lenton S. y Reuter P.** (2008) *Cannabis policy: moving beyond stalemate*. Beckley Park, Reino Unido: Beckley Foundation. Disponible en: http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Cannabis_Commission_Report.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).
- Roques B.** (presidente) (1999) *La dangerosité de drogues: rapport au secrétariat d'État à la santé* (The dangerousness of drugs: Report to the state secretariat for health). París, Francia: La Documentation française-Odile Jacob.
- Rose G.** (1985) Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14, 32-58.
- Rose G.** (1992) *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Rose N.** (2007) Psychopharmaceuticals in Europe. En: Knapp M., McDaid D., Mossialos E. y Thornicroft G. (eds.) *Mental health policy and practices across Europe: the future direction of mental health care*. pp. 146-187. Maidenhead, Reino Unido: Open University Press.
- Rosenblum A., Joseph H., Fong C., Kipnis S., Cleland C. y Portenoy R.K.** (2003) Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *Journal of the American Medical Association* 289, 2370-2378.
- Rosenqvist P. y Kurube N.** (1992) Dissolving the Swedish alcohol treatment system. En: Klingemann H., Takala J.P. y Hunt G. (eds.) *Cure, care or control: alcoholism treatment in sixteen countries*. pp. 65-86. Albany, NY: State University of New York Press.
- Rosenqvist P. y Stenius K.** (1986) Nya målgrupper för alkoholistvården (New target groups for alcohol treatment). *Alkoholpolitik - Tidskrift för nordisk alkoholforskning* 3-4, 215-219.
- Ross J., Teesson M., Darke S., Lynskey M., Ali R., Ritter A. y Cooke R.** (2004) *Twelve month outcomes of treatment for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS)*. NDARC Technical Report No. 196. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Ross-Degnan D., Soumerai S., Fortess E.E. y Gurwitz J.H.** (1993) Examining product risk in context: market withdrawal of zomepirac as a case study. *Journal of the American Medical Association* 270, 1937-1942.
- Roughead E.E., Semple S.J. y Vitry A.I.** (2005) Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. *International Journal of Pharmacy Practice* 13, 53-70.
- Roy K., Hay G., Andragetti R., Taylor A., Goldberg D. y Wiessing L.** (2002) Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. *Epidemiology and Infection* 129, 577-585.
- Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians** (2000) *Drugs: dilemmas and choices*. Londres, Reino Unido: Gaskell.
- Ruhm C.J.** (2000) Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics* 115, 617-650.
- Rush B.** (1996) Alcohol and other drug problems and treatment systems: a framework for research and development. *Addiction* 91, 629-642.
- Ryan J.M., Kidder S.W., Daiello L.A. y Tariot P.N.** (2002) Psychopharmacologic interventions in nursing homes: what do we know and where should we go? *Psychiatric Services* 53, 1407-1413.
- Rydell C.P. y Everingham S.S.** (1994) *Controlling cocaine: supply versus demand programs*. MR-331-ONDCP/A/DPRC. Santa Monica, CA: RAND.

- Sacks H., Chalmers T.C. y Smith Jr. H.** (1982) Randomized versus historical controls for clinical trials. *American Journal of Medicine* 72, 233-240.
- Saffer H. y Chaloupka F.J.** (1999a) Demographic differentials in the demand for alcohol and illicit drugs. En: Chaloupka F.J., Grossman M., Bickel W.K. y Saffer H. (eds.) *The economic analysis of substance use and abuse: an integration of econometric and behavioral economic research*. pp. 187-211. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Saffer H. y Chaloupka F.J.** (1999b) The demand for illicit drugs. *Economic Inquiry* 37, 401-411.
- Saffer H., Chaloupka F.J. y Dave D.** (2001) State drug control spending and illicit drug participation. *Contemporary Economic Policy* 19, 150-161.
- Sajan A., Corneil T. y Grzybowski S.** (1998) The street value of prescription drugs. *Canadian Medical Association Journal* 159, 139-142.
- Saltz R.F.** (2005) What is "evidence" and can we provide it?. En Stockwell T., Gruenwald P.J., Toumbourou J.W. y Loxley W. (eds.) *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*, pp. 313-323. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons.
- SAMHSA.** Véase Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Samii A.W.** (2003) Drug abuse, Iran's thorniest problem. *Brown Journal of World Affairs* 9, 283-299.
- Sampson R. J. y Raudenbush S.W.** (1999) Systematic social observation of public spaces: a new look at disorder in urban neighborhoods. *American Journal of Sociology* 105, 603-651.
- Samuels D.** (2008) *Dr. Kush: how medical marijuana is transforming the pot industry*. New Yorker July 28. Disponible en: http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa_fact_samuels (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Sarason S.** (1978) The nature of problem solving in social action. *American Psychologist* 33, 370-380.
- Saveland W. y Bray D.F.** (1981) Trends in cannabis use among American states with different and changing legal regimes, 1972-1977. *Contemporary Drug Problems* 10, 335-361.
- Saxe L., Kadushin C., Beveridge A., Livert D., Tighe E., Rindskopf D., Ford J. y Brodsky A.** (2001) The visibility of illicit drugs: implications for community-based drug control strategies. *American Journal of Public Health* 91, 1987-1994.
- Schaepe H.** (1999) *INCB position on shooting galleries* [carta al Padre John M. George, Capellán, CFC Waverley Community, 20 de agosto]. Disponible en: <http://www.endeavourforum.org.au/March2001-08a.htm>.
- Schinke S.P., Tepavac L.O. y Cole K.C.** (2000) Preventing substance use among native American youth: three-year results. *Addictive Behaviors* 25, 387-397.
- Schmid H.** (2001) Cannabis use in Switzerland: the role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology* 60, 99-107.
- Schrad M.L.** (2007) *The prohibition option: transnational temperance and national policymaking in Russia, Sweden and the United States*. Tesis de doctorado. Madison, WI: University of Wisconsin.
- Schweich T.** (2008) "Is Afghanistan a narco-state?" *New York Times Magazine* July 27, New York edition, MM45. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2008/07/27/magazine/27AFGHAN-t.html> (consultado el 25 de mayo del 2009).
- Science** (1990) Still flying blind in the war on drugs. *Science* 250, 28.

- Scott M.S.** (2003) The benefits and consequences of police crackdowns. *U.S. Department of Justice Problem-Oriented Guides for Police*, No. 1. Washington DC: United States Government Printing Office.
- Seaman S., Brettle R. y Gore S.** (1998) Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal* 316, 426-428.
- Sees K.L., Delucchi K.L., Masson C., Rosen A., Clark H.W., Robillard H., Banys P. y Hall, S.** (2000) *Methadone maintenance versus 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial.* Journal of the American Medical Association 283, 1303-1310.
- Sevigny E.L. y Caulkins J.P.** (2004) Kingpins or mules? An analysis of drug offenders incarcerated in federal and state prisons. *Criminology and Public Policy* 3, 401-434.
- Shepard C.W., Finelli L. y Alter M.J.** (2005) Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *The Lancet Infectious Diseases* 5, 558-567.
- Sheridan J. y Butler R.** (2008) *Prescription drug misuse: issues for primary care. Final report of findings.* Auckland, Nueva Zelandia: School of Pharmacy, University of Auckland. Disponible en: [http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/pagescm/7540/\\$File/prescription-drug-misuse-primary-care-2008v2.pdf](http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/pagescm/7540/$File/prescription-drug-misuse-primary-care-2008v2.pdf) (consultado el 14 de mayo del 2009).
- Shih Y-C.T., Pasad M. y Luce B.R.** (2002) The effect on social welfare of a switch of second-generation antihistamines from prescription to over-the-counter status: a microeconomic analysis. *Clinical Therapeutics* 24, 701-716.
- Shrestha N.M.** (1992) Alcohol and drug abuse in Nepal. *British Journal of Addiction* 87, 1241-1248.
- Shrestha S., Smith M.W., Broman K.W., Farzadegan H., Vlahov D. y Strathdee S.A.** (2006) Multi-person-use of syringes among injection drug users in a needle exchange program: a gene based molecular epidemiological analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 43, 335-343.
- Shults R.A., Elder R.W., Sleet D.A., Nichols J.L., Alao M.O., Carande-Kulis V.G., Zaza S., Sosin D.M., Thompson R.S. y Task Force on Community Prevention Services** (2001) Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine* 21(Suppl. 1), 66-88.
- Sibbald B.** (2002) Medical marijuana program "a sham": lawyer. *Canadian Medical Association Journal* 167, 1153.
- Simkin S., Hawton K., Sutton L., Gunnell D., Bennewith O. y Kapur N.** (2005) Co-proxamol and suicide: preventing the continuing of overdose deaths. *Quarterly Journal of Medicine* 98, 159-170.
- Simoni-Wastila L. y Tompkins C.** (2001) Balancing diversion control and medical necessity: the case of prescription drugs with abuse potential. *Substance Use and Misuse* 36, 1275-1296.
- Simpson D.D., Wexler H.K. e Inciardi J.A.** (eds.) (1999) Drug treatment outcomes for Correctional Settings, Part I. *Prison Journal* 79 (special issue). 291-371.
- Singer N.** (2008) No mug? Drug makers cut out goodies for doctors. *New York Times* Dec. 31, New York edition, A1.
- Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H. y Maynard A.** (1996) *International guidelines for estimating the costs of substance abuse.* Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Single E.W.** (1981) The impact of marijuana decriminalization. En: Israel Y. et al. (eds.) *Research advances in alcohol and drug problems*, vol. 6, pp. 405-424. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Single E.W.** (1989) The impact of marijuana decriminalization: an update. *Journal of Public Health Policy* 10, 456-466.

- Singleton N., Murray R. y Tinsley L.** (eds.) (2004) *Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments*. Londres, Reino Unido: Home Office.
- Siqueira L.M. y Brook J.S.** (2003) Tobacco use as a predictor of illicit drug use and drug-related problems in Colombian youth. *Journal of Adolescent Health* 32, 50-57.
- Skog O.-J.** (1992). The validity of self-reported drug use. *Addiction* 87, 539-548.
- Skogan W.** (1990) *Disorder and decline: crime and the spiral of decay in American cities*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Skretting A.** (2007) *Trends in adolescents' alcohol and drug use: 1968-2007*. Oslo, Noruega: SIRUS (Instituto Noruego de Investigaciones sobre el Alcohol y las Drogas).
- Slater M.D., Kelly K.J., Edwards R.W., Thurman P.J., Plested B.A., Keefe T.J., Lawrence F.R. y Henry K.L.** (2006) Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Education Research* 21, 157-167.
- Sloboda Z.** (2002) Changing patterns of 'drug abuse' in the United States: connecting findings from macro- and microepidemiologic studies. *Substance Use and Misuse* 37, 1229-1251.
- Smart R.G. y Mann R.E.** (2000) The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction* 95, 37-52.
- Smart R.G. y Murray G.F.** (1983) Drug abuse and affluence in five countries: a study of economic and health conditions, 1960-1975. *Drug and Alcohol Dependence* 11, 297-307.
- Smart R.G. y Ogborne A.C.** (2000) Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors* 25, 455-460.
- Smith L., Watson M., Gates S., Ball D. y Foxcroft D.R.** (2008) Meta-analysis of the association of the Taq1A polymorphism with the risk of alcohol dependency: a HuGE gene-disease association review. *American Journal of Epidemiology* 167, 125-138.
- Smith M.L., Glass G.V. y Miller T.I.** (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Snow D.L., Tebes J.K., Arthur M.W. y Tapasak R.C.** (1992) Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *Journal of Drug Education* 22, 101-114.
- Snowdon M. y Roy-Byrne P.** (1998) Mental illness and nursing home reform: OBRA-87 ten years later. *Psychiatric Services* 49, 229-33. Disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/49/2/229> (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Solivetti L.M.** (2001) *Drug use criminalization v. decriminalization: an analysis in the light of the Italian experience*. Berna, Suiza: Swiss Federal Office of Public Health.
- Solomon K.R., Anadon A., Cerdeira A.L., Marshall J. y Sanin L.-H.** (2005) *Environmental and human health assessment of the aerial spray program for coca and poppy control in Colombia*. Washington, DC: OAS/CICAD.
- SourceWatch** (2008) *Direct-to-consumer advertising: The campaign to overturn Europe's ban*. Madison, WI: Center for Media and Democracy. Disponible en: http://www.sourcewatch.org/index.php?title=Direct-to-consumer_advertising:_The_Campaign_To_Overturn_Europe%27s_Ban (consultado el 15 de mayo del 2009).
- Spear H.B.** (1975) The British experience. *The John Marshall Journal of Practice and Procedure* 9, 67-98.
- Spelman W.** (2000) What recent studies do (and don't) tell us about imprisonment and crime. En: Tonry M. (ed.) *Crime and justice: A review of research*, vol. 27, pp. 419-494. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Spooner C., McPherson M. y Hall W.** (2004) The role of police in preventing and minimising illicit drug use and its harms. *NDLERF Monograph Series* No. 2. Hobart, Tasmania: National Drug Law Enforcement Research Fund.
- Spoth R., Redmond C., Shin C. y Azevedo K.** (2004) Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 535-542.
- Spoth R.L., Clair S., Shin C. y Redmond C.** (2006) Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 160, 876-882.
- Stafford J., Degenhardt L., Black E., Bruno R., Buckingham K., Fetherston J., Jenkinson R., Kinner S., Newman J. y Weekley J.** (2006) *Australian Drug Trends 2005: findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*. NDARC Monograph No 59. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, U. of New South Wales.
- Stanton M.D. y Shadish W.R.** (1997) Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin* 122, 170-191.
- Stares P.B.** (1996) *Global habit: the drug problem in a borderless world*. Washington, DC: Brookings Institution.
- Staulcup H., Kenward K. y Frigo D.** (1979) A review of federal primary alcoholism prevention projects. *Journal of Studies on Alcohol* 40, 943-968.
- Steenytoft A., Teige B., Ceder G., Vuori E., Kristinsson J., Simonsen K.W. Holmgren P., Wethe G. y Kaa E.** (2001) Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries. *Forensic Science International* 123, 63-69.
- Steenytoft A., Teige B., Holmgren P., Vuori E., Kristinsson J., Hansen A., Ceder G., Wethe G. y Rollmann D.** (2006) Fatal poisoning in Nordic drug addicts in 2002. *Forensic Science International* 160, 148-156.
- Stenius K.** (1999) *Privat och offentligt I svensk alkoholistvard. Arbetsfördelning, samverkan och stynring under 1900-talet.* (Division of labour, co-operation and management principles during the 20th century). Lund, Suecia: Arkiv forlag.
- Stenius K., Romelsjö A. y Storbjörk J.** (2005) *Decentralisation and integration of addiction treatment: Does it make any difference?* Trabajo presentado en el 31º Simposio Anual de Epidemiología de la Sociedad Kettil Bruun, Riverside, CA.
- Stephens R.S., Roffman R.A. y Curtin L.** (2000) Comparison of extended versus brief treatment for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 898-908.
- Stewart D., Gossop M., Marsden J. y Rolfe A.** (2000) Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Criminal Behaviour and Mental Health* 10, 10-20.
- Storr C.L., Arria A.M., Workman R.L. y Anthony J.C.** (2004) Neighborhood environment and opportunity to try methamphetamine ('ice') and marijuana: evidence from Guam in the Western Pacific Region of Micronesia. *Substance Use and Misuse* 39, 253-276.
- Storti C.C. y De Grauwe P.** (2009) Globalization and the price decline of illicit drugs. *International Journal of Drug Policy* 20, 48-61.
- Stoudemire A. y Smith D.A.** (1996) OBRA regulations and the use of psychotropic drugs in long-term care facilities: impact and implications for geropsychiatric care. *General Hospital Psychiatry* 18, 77-94.
- Strain E.C., Bigelow G.E., Liebson I.A. y Stitzer M.L.** (1999) Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association* 281, 1000-1005.

Strang J. y Gossop M. (eds.) (2005) *Heroin addiction and 'the British system': Volume 2 - treatment and policy responses*. Londres, Reino Unido: Routledge.

Strang J., Sheridan J. y Barber N. (1996) Prescribing injectable and oral methadone to opiate addicts: results from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. *British Medical Journal* 313, 270-272.

Strang J., McCambridge J., Best D., Beswick T., Bearn J., Rees S. y Gossop M. (2003) Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *British Medical Journal* 326, 959-960.

Strang J., Manning V., Mayet S., Ridge G., Best D. y Sheridan J. (2007) Does prescribing for opiate addiction change after national guidelines? Methadone and buprenorphine prescribing to opiate addicts by general practitioners and hospital doctors in England, 1995-2005. *Addiction* 102, 761-770.

Strathdee S., Patrick D., Archibald C., Ofner M., Cornelisse P., Rekart M., Schechter M. y O'Shaughnessy M. (1997) Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada. *Addiction* 92, 1339-1347.

Strathdee S., Galai N., Mahboobeh S., Vlahov D., Lisette J. y Kenrad N. (2001) Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Archives of Internal Medicine* 161, 1281-1288.

Streatfeild D. (2003) *Cocaine: an unauthorized biography*. Nueva York, NY: Picador.

Streltzer J. (2005) Analgesia and opiate addicts - a response. *The American Journal on Addictions* 14, 396.

Stuart R.B., Guire K. y Krell M. (1976) Penalty for the possession of marijuana: an analysis of some of its concomitants. *Contemporary Drug Problems* 5, 553-563.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006a) How young adults obtain prescription pain relievers for nonmedical usage. *The NSDUH Report*. Issue 39. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/2k6/getPain/getPain.htm> (consultado el 15 de mayo del 2009).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006b) *Treatment Episode Data Set (TEDS). Highlights - 2005. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series: S-36, DHHS Publication No. (SMA) 07-4229, Rockville, MD: SAMHSA. Disponible en: <http://oas.samhsa.gov/teds2k5/TEDSHi2k5Tbl4.htm> (consultado el 18 de julio del 2007).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2007) *Results from the 2006 national survey on drug use and health: national findings*. NSDUH Series H-32, DHHS Publication No SMA 07-4293. Rockville, MD: SAMHSA.

Sue S. (1998) In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist* 53, 440-448.

Sussman S., Dent C.W., Stacy A.W. y Craig S. (1998) One-year outcomes of project towards no drug abuse. *Preventive Medicine* 27, 632-642.

Swensen G. (1988) Opioid drug deaths in Western Australia: 1974-1984. *Drug and Alcohol Review* 7, 181-185.

Swensen G. (2007) *Statutory review of cannabis control act 2003*. Report to the Minister for Health: Main report. Perth, Australia: Drug and Alcohol Office.

Tanaka-Matsumi J., Higginbotham H.N. y Chang R. (2002) Cognitive-behavioral approaches to counseling across cultures: a functional analytic approach for clinical applications. En: Pedersen P.B., Draguns J.G., Lonner W.J. y Trimble J.E. (eds.) *Counseling across cultures*. pp. 337-353. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tang Y-L. y Hao W. (2007) Improving drug treatment in China. *Addiction* 102, 1057-1063.

Tarricone R. (2006) Cost-of-illness analysis: what room in health economics? *Health Policy* 77, 51-63.

Taylor A. (1993). *Women drug users: an ethnography of a female injecting community*. Oxford, Reino Unido: Clarendon Press.

Teesson M., Hodder T. y Buhrich N. (2000) Substance use disorders among homeless people in inner Sydney. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35, 451-456.

Thom B. (1999) *Dealing with drink: alcohol and social policy: from treatment to management*. Londres, Reino Unido: Free Association Books.

Thorpe L.E., Ouellet L.J., Hershov R., Bailey S.L., Williams I.T., Williamson J., Monterroso E.R. y Garfein R.S. (2002) Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *American Journal of Epidemiology* 155, 645-653.

Thoumi F. E. (2003) *Illegal drugs, economy and society in the Andes*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Tiet Q.Q., Byrnes H.F., Barnett P. y Finney J.W. (2006) A practical system for monitoring the outcomes of substance use disorder patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30, 337-347.

Timko C., DeBenedetti A. y Billow R. (2006) Intensive referral to 12-step self-help groups and six-month substance use disorder outcomes. *Addiction* 101, 678-688.

TNI. Véase Transnational Institute.

Tobin K. y Latkin C. (2003) The relationship between depressive symptoms and nonfatal overdose among a sample of drug users in Baltimore, Maryland. *Journal of Urban Health* 80, 220-229.

Towns C.B. (1915) *Habits that handicap: the menace of opium, alcohol, and tobacco and the remedy*. Nueva York, NY: The Century Co.

Tragler G., Caulkins J.P. y Feichtinger G. (2001) Optimal dynamic allocation of treatment and enforcement in illicit drug control. *Operations Research* 49, 352-362.

Transnational Institute (2003) *Drugs and conflict in Burma (Myanmar): dilemmas for policy responses*. Drugs & Conflict Debate Paper 9. Amsterdam, Países Bajos: Transnational Institute.

Transnational Institute (2008) *Rewriting history: A response to the 2008 World Drug Report*. Drug Policy Briefing No. 26. Amsterdam, Países Bajos: Transnational Institute. Disponible en: <http://www.ungassondrugs.org/images/stories/brief26.pdf> (consultado el 25 de mayo del 2009).

[Treaties] (2002) *The united nations drug control treaties*. París, Francia: Senlis Council.

Trimbos Institute (2006) *Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence: an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003*. Utrecht, Países Bajos: Trimbos Institute.

Trygstad T.K., Hansen R.A. y Wegner S.E. (2006) Evaluation of product switching after a state Medicaid program began covering loratadine OTC one year after market availability. *Journal of Managed Care Pharmacy* 12, 108-120.

Tyner E.A. y Fremouw W.J. (2008) The relation of methamphetamine use and violence: a critical review. *Aggression and Violent Behavior* 13, 285-297.

Tyrrell I. (1991) *Women's world, women's empire: the woman's Christian Temperance Union in international perspective, 1880-1930*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

Uchtenhagen A., Ali R., Berglund M., Eap C., Farrell M., Mattick R., McLellan T., Rehm J. y Simpson S. (2004) *Methadone as a medicine for the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

La política de drogas y el bien público

Uchtenhagen A., Ladjevic T. y Rehm J. (2007) *WHO guidelines for psychosocially assisted pharmacological [FALTA EN EL TEXTO EN INGLÉS] treatment of persons dependent on opioids: Background document*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/background_paper.pdf (consultado el 20 de mayo del 2009).

Uchtenhagen A., Stamm R., Huber J. y Vuille R. (2008) A review of systems for continued education and training in the substance abuse field. *Substance Abuse* 29, 95-102.

UNDCP. Véase United Nations International Drug Control Programme.

United Nations (1953) The surprising extinction of the charas traffic. *Bulletin on Narcotics* 1, 1-14.

United Nations (1973) *Commentary on the single convention on narcotic drugs, 1961*. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

United Nations (1976) *Commentary on the protocol amending the single convention on narcotic drugs, 1961*. Nueva York, NY: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.drugtext.org/library/legal/treat/1971commentary/default.htm> (consultado el 25 de mayo del 2009).

United Nations (2001) *Protocol against the illicit manufacturing of and trafficking in firearms, their parts and components and ammunition, supplementing the United Nations convention against transnational organized crime*. General Assembly Resolution 55/255. A/RES/55/255. Nueva York, NY: Naciones Unidas. A/RES/55/255. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/crime/a_res_55/255e.pdf (consultado el 25 de mayo del 2009).

United Nations International Drug Control Programme (1997) *World drug report*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

United Nations International Drug Control Programme (2007) *World drug report 2007*. Viena, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime. Disponible en: http://www.unodc.org/india/world_drug_report_2007.html (consultado el 25 de mayo del 2009).

United Nations International Drug Control Programme (2008) *World drug report 2008*. Viena, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html> (consultado el 25 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2000) *Global illicit drug trends 2000*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/report_2000-09-21_1.pdf (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2003a) *Global illicit drug trends*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global_illicit_drug_drug_trends.html (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2003b) *The opium economy in Afghanistan: An international problem*. Nueva York, NY: UNODC. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/publications/afg_opium_economy_2003.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2003c) *Caribbean drug trends 2001-2002*. Bridgetown, Barbados: UNODC. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/341545/01582caribbean-drugtrends-20012002> (consultado el 19 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2004) *Afghanistan: opium survey, 2004*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/afg/afghanistan_opium_survey_2004.pdf (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2005) *World drug report 2005*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2005.html> (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2006) *World drug report 2006*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2006.html> (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2007) *World drug report 2007*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2007.html> (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime (2008) *2008 World drug report*. Viena, Austria: UNODC. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf (consultado el 14 de mayo del 2009).

United Nations Office on Drugs and Crime with the World Bank (2007) *Crime, violence and development: trends, costs, and policy options in the Caribbean*. Viena y Washington, DC: UNODC/World Bank. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/research/Cr_and_Vio_Car_E.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

United States Department of State (2008) *International narcotics control strategy report*. Washington, DC: U.S. Department of State. Disponible en: <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/index.htm> (consultado el 19 de mayo del 2009).

United States Drug Enforcement Administration (2008) *Marijuana. En: National drug threat assessment 2009*. pp. 17-23. Washington, DC: National Drug Intelligence Center, US Department of Justice. Disponible en: http://www.usdoj.gov/dea/concern/18862/ndic_2009.pdf (consultado el 14 de mayo del 2009).

UNODC. Véase United Nations Office on Drugs and Crime.

Uribe S. (2004) *Development of the Colombian heroin industry: 1990-2003*. Informe presentado para el proyecto Modeling the world heroin market: assessing the consequences of changes in Afghanistan production. Copia mimeográfica.

USDEA. Véase United States Drug Enforcement Administration.

US Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (2003) *International narcotics control strategy report*. Washington, DC: US Government Printing Office. Disponible en: <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/2002/index.htm> (consultado el 25 de mayo del 2009).

U.S. Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (2008) *International narcotics control strategy report*. 2 vols. Washington, DC: US Government Printing Office. Disponible en: <http://www.state.gov/p/inl/rls/nrcrpt/2008/index.htm> (consultado el 25 de mayo del 2009).

U.S. General Accounting Office (1993) *Needle exchange programs: research suggests promise as an AIDS prevention strategy*. Report HRD-93-60. Washington, D.C.: U.S. GAO.

U.S. General Accounting Office (1995) *Nonprescription drugs: value of a pharmacist-controlled class has yet to be demonstrated*. GAO/PEMD-95-12. Washington, DC: United States GAO. Disponible en: <http://www.gao.gov/archive/1995/pe95012.pdf> (consultado el 20 de mayo del 2009).

U.S. General Accounting Office (2002) *Prescription drugs: state monitoring programs provide useful tool to reduce diversion*. Washington, DC: US Government Printing Office.

U.S. House of Representatives, Committee on Government Reform (2005) *The national drug control strategy for 2005 and the national drug control budget for fiscal year 2006*. Report #109-172. Washington, DC: Government Printing Office.

VandenBos G.R. (2007) *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

van den Brink W., Hendriks V.M., Blanken P., Koeter M.W.J., van Zwieten B.J. y van Ree J.M. (2003) Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal* 327, 310-312.

van Ours J.C. (1995) The price elasticity of hard drugs: the case of opium in the Dutch East Indies, 1923-1938. *Journal of Political Economy* 103, 261-279.

van Ours J.C. (2003) Is cannabis a stepping-stone for cocaine? *Journal of Health Economics* 22, 539-554.

van Romunde L.K.J., Pepperlinkhuizen L. y Stronks D.L. (1992) Het aantal opnamen in Nederlandse ziekenhuizen voor barbituraatvergiftiging in de periode 1981-1989 en die voor vergiftiging met sedativa en hypnotica, en benzodiazepinen (The number of admissions to Dutch hospitals for barbiturate poisoning from 1981-1989 and those for poisoning with sedatives and hypnotics and benzodiazepines). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136, 1615-1617.

Vargas R. (2002) The anti-drug policy, aerial spraying of illicit crops and their social, environmental, and political impacts in Colombia. *Journal of Drug Issues* 32, 11-60.

Verstraete A. G. y Pierce A. (2001) Workplace drug testing in Europe. *Forensic Science International* 121, 2-6.

Vick K. (2005) *AIDS crisis brings radical change in Iran's response to heroin use*. Washington Post 5 July, A09. Disponible en: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2005/07/04/AR2005070401182.html> (consultado el 28 de mayo del 2009).

Victorri-Vigneau C., Basset G., Bourin M. y Jolliet P. (2003) Impacts de la nouvelle réglementation du flunitrazépam sur la consommation d'hypnotiques (Impacts of the new flunitrazepam regulations on the consumption of hypnotics). *Thérapie* 58, 425-430.

Vienna NGO Committee (2009) *Beyond 2008 Vienna: Global summary report*. Vienna, Austria: Vienna NGO Committee. Disponible en: [http://www.vngoc.org/images/uploads/file/GlobalSummaryReportBeyond2008\(1\).pdf](http://www.vngoc.org/images/uploads/file/GlobalSummaryReportBeyond2008(1).pdf) (consultado el 25 de mayo del 2009).

Voas R.B., Holder H.D. y Greunewald P.J. (1997) The effect of drinking and driving interventions on alcohol-involved traffic crashes within a comprehensive community trial. *Addiction* 92, S221-S236.

Wagner A.K., Soumerai S.B., Zhang F., Mah C., Simoni-Wastila L., Cosler L., Fanning T., Gallagher P. y Ross-Degnan D. (2003) Effects of state surveillance on new post-hospitalization benzodiazepine use. *International Journal for Quality in Health Care* 15, 423-431.

Wagner F.A. y Anthony J.C. (2002) From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology* 26, 479-488.

Walker W.O. III (1992) International collaboration in historical perspective. En: Smith P.H. (ed.) *Drug policy in the Americas*. pp. 265-281. Boulder, CO: Westview Press.

Wall R., Rehm J., Fischer B., Brands B., Gliksman L., Stewart J., Medved W. y Blake J. (2000) Social costs of untreated opiate use. *Journal of Urban Health* 77, 688-722.

Wallace J.M.Jr., Bachman J.G., O'Malley P.M., Johnston L.D., Schulenberg J.E. y Cooper S.M. (2002) *Tobacco, alcohol, and illicit drug use: Racial and ethnic differences among U.S. high school seniors, 1976-2000*. Public Health Reports 117 (Suppl 1), S67-S75.

Walsh J. (2004) *Are we there yet? Measuring success in the war on drugs in Latin America A WOLA briefing series*. Washington, DC: Washington Office on Latin America.

Walters S.T., Foy B.D. y Castro R.J. (2002). The agony of ecstasy: Responding to growing MDMA use among college students. *Journal of American College Health* 51, 139-141.

Ward C., Mansfield D., Oldham P. y Byrd W. (2007) *Afghanistan: economic incentives and development initiative to reduce opium production*. Reino Unido: Department for International Development and The World Bank.

Warner L.A., Kessler R.C., Hughes M., Anthony J.C. y Nelson C.B. (1995) Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 219-229.

Warner-Smith M., Darke S., Lynskey M. y Hall W. (2001) Heroin overdose: causes and consequences. *Addiction* 96, 1113-1125.

Weatherburn D. y Lind B. (1997) The impact of law enforcement activity on a heroin market. *Addiction* 92, 557-569.

Weatherburn D. y Lind B. (1999a) Street level drug law enforcement and entry into methadone maintenance treatment. *Addiction* 96, 577-587.

- Weatherburn D. y Lind B.** (1999b) *Heroin harm minimisation: do we really have to choose between law enforcement and treatment?* Crime and Justice Bulletin 46. Sydney, Australia: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research.
- Weekes L.M., Mackson J.M., Fitzgerald M. y Phillips S.R.** (2005) National prescribing service: creating an implementation arm for national medicines policy. *British Journal of Clinical Pharmacology* 59, 112-116.
- Weick K.E.** (1984) Small wins: redefining the scale of social issues. *American Psychologist* 39, 40-49.
- Weintraub M., Singh S., Byrne L., Maharaj K. y Guttmacher L.** (1993) Consequences of the 1989 New York state triplicate benzodiazepine prescription regulations. En: Cooper J.R., Czecowicz D.J., Molinari S.P. y Petersen R.C. (eds.) *Impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care*. pp. 279-293. NIDA Research Monograph 131. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/download131.html> (consultado el 20 de mayo del 2009).
- Weiss R.D., Griffin M.L., Gallop R., Onken L.S., Gastfriend D.R., Daley D., Crits-Christoph P., Bishop S. y Barber J.P.** (2000) Self-help group attendance and participation among cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 60, 169-177.
- Wendel T. y Curtis R.** (2000) The heraldry of heroin: 'dope stamps' and the dynamics of drug markets in New York City. *Journal of Drug Issues* 30, 225-260.
- West S.L. y O'Neal, K.K.** (2004) Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health* 94, 1027-1029.
- Wexler H.K., Melnick G., Lowe L. y Peters J.** (1999) Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal* 79, 321-336.
- White D. y Pitts M.** (1998) Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 93, 1475-1487.
- White W.** (1998) *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Bloomington, IL: Chestnut Hill Health Systems.
- WHO.** Véase World Health Organization.
- Wild C.** (2006) Social control and coercion in addiction treatment: Towards evidence-based policy and practice. *Addiction* 101, 40-49.
- Wild T.C., el-Guebaly N., Fischer B., Brissette S., Brochu S., Bruneau J., Noël L., Rehm J., Tyndall M. y Mun P.** (2005) Comorbid depression among opiate users: results from a multisite Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry* 50, 512-518.
- Wilkins C., Reilly J. y Casswell S.** (2006) Cannabis 'tinny' houses in New Zealand: implications for the use and sale of cannabis and other illicit drugs in New Zealand. *Addiction* 100, 971-980.
- Williams J.** (2003) The effects of price and policies on cannabis consumption. *Health Economics* 13, 123-137.
- Williams J., Pacula R.L., Chaloupka F.J. y Wechsler H.** (2006) College students' use of cocaine. *Substance and Misuse* 41, 489-509.
- Willis J.** (2002) *Potent brews: a social history of alcohol in East Africa 1850-1999*. Nairobi, Kenya: British Institute in East Africa.
- Wilson J.Q. y Kelling G.L.** (1982) Broken windows: the police and neighborhood safety. *The Atlantic Monthly* 249(3), 29-38.
- Windle M. y Wiesner M.** (2004) Trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood: predictors and outcomes. *Development and Psychopathology* 16, 1007-1027.
- Winstock A.R., Wolff K. y Ramsey J.** (2001). Ecstasy pill testing: harm minimization gone too far? *Addiction* 96, 1139-1148.

- Wodak A.** (2007) Health exchange and prevention of HIV: the evidence for effectiveness is beyond dispute. *Addiction* 102, 161.
- Wood E., Spittal P.M., Small W., Kerr T., Li K., Hogg R.S., Tyndall M.W., Montaner J.S.G. y Schechter M.T.** (2004) Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. *Canadian Medical Association Journal* 170, 1551-1556.
- Wood E., Tyndall M., Zhang R., Stoltz J-A., Lai C., Montaner J. y Kerr T.** (2006) Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine* 354, 2512-2513.
- Wood J.** (1997) *Report of the royal commission into the New South Wales police service*. Sydney, Australia: Royal Commission into the New South Wales Police Service.
- Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L. y O'Brien C.P.** (1995) Psychotherapy in a community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry* 152, 1302-1308.
- World Bank and Department for International Development** (2008) *Afghanistan: economic incentives and development initiatives to reduced opium production*. Washington, DC: Banco Mundial.
- World Health Organization** (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland, WHO.
- World Health Organization** (1993) *Programme on substance abuse: Assessing the standards of care in substance abuse treatment*. Geneva, Switzerland, WHO.
- World Health Organization** (1998) *The world health report 1998: Life in the 21st century. A vision for all*. Geneva, Switzerland, WHO.
- World Health Organization** (2000) *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control*. WHO/EDM/QSM/2000.5. Geneva, Switzerland, WHO.
- World Health Organization** (2002) *World Health Report 2002*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en> (consultado el 25 de mayo del 2009).
- World Health Organization** (2004) *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible en: <http://www.naabt.org/documents/Neuroscience%20of%20psychoactive.pdf> (consultado el 25 de mayo del 2009).
- World Health Organization** (2006) *Towards universal access by 2010: how Who is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. Geneva, Switzerland, WHO. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/universalaccess/en/index.html> (consultado el 8 de julio de 2009).
- World Health Organization** (2007) *Improving access to medications controlled under international drug conventions*. Programa sobre el Acceso a los Medicamentos Fiscalizados. Nota Informativa. Geneva, Switzerland, WHO. Disponible en: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf (consultado el 25 May 2009).
- Wu Z., Detels R., Zhang J., Li V. y Li J.** (2002) Community-based trial to prevent drug use among youth in Yunnan, China. *American Journal of Public Health* 92, 1952-1957.
- Yamaguchi R., Johnston L.D. y O'Malley P.M.** (2003) *Drug testing in schools: policies, practices, and association with student drug use*. Youth, Education & Society, Occasional Paper 2. Ann Arbor, MI: University of Michigan. Disponible en: <http://www.rwjf.org/files/research/YESOccPaper2.pdf> (consultado el 16 May 2009).
- Yawnghwe C.T.** (2005) Shan state politics: the opium-heroin factor. En: Jelsma M., Kramer T. y Vervest P. (eds.) *Trouble in the triangle: opium and conflict in Burma*. pp. 23-32. Chiang Mai: Silkworm.

Yongming Z. (2000) Nationalism, identity, and state-building: the antidrug crusade in the People's Republic, 1949-1952. En: Brook T. y Wakabayashi B.T. (eds.) *Opium regimes: China, Britain and Japan, 1839-1952*. pp. 380-403. Berkeley, CA: University of California Press.

Young J.H. (1961) *The toadstool millionaires: a social history of patent medicines in America before federal regulation*. Princeton NJ: Princeton University Press.

Zabransky T., Mravčik V., Gajdošikova H. y Miovsky M. (2001) *PAD: impact analysis project of new drugs legislation (summary final report)*. Praga, República Checa: Office of the Czech Government, Secretariat of the National Drug Commission. Disponible en: http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD_en.pdf (consultado el 19 de mayo del 2009).

Zacny J., Bigelow G., Compton P., Foley K., Iguchi M. y Sannerud C. (2003) College on Problems of Drug Dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug and Alcohol Dependence* 69, 215-232.

Zaric G.S., Barnett P. y Brandeau M. (2000) HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *American Journal of Public Health* 90, 1100-1111.

Ziegler P.P. (2005) Addiction and the treatment of pain. *Substance Use and Misuse* 40, 1945-1954.

Zimmer L. (1987) *Operation pressure point: The disruption of street-level drug trade on New York's lower east side*. Occasional Papers from The Center for Research in Crime and Justice. Nueva York, NY: New York University School of Law.

Zlotnick C., Robertson M. J. y Tam T. (2002) Substance use and labor force participation among homeless adults. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 28, 37-53.

Zullich S.G., Grasela T.H. Jr., Fiedler-Kelly J.B. y Gengo F.M. (1992) Impact of triplicate prescription program on psychotropic prescribing patterns in long-term care facilities. *Annals of Pharmacotherapy* 26, 539-46.

Glosario de términos, abreviaturas y siglas¹

Administración para el Uso Indebido de Sustancias y Servicios de Salud Mental (SAMHSA). Órgano del Gobierno Federal de los Estados Unidos de América que financia y administra programas que respaldan actividades del estado y la comunidad para apoyar programas de prevención e intervención temprana y mejorar la calidad, la disponibilidad y la gama de los servicios de tratamiento del uso indebido de sustancias, salud mental y apoyo a la recuperación.

Análisis por series cronológicas. Procedimiento estadístico que permite hacer inferencias a partir de dos series de mediciones repetidas efectuadas en los mismos individuos o en la misma organización en el transcurso del tiempo. Cuando el objetivo principal es conocer relaciones causales, la pregunta clave es cómo un cambio en una de las series se correlaciona con un cambio en la otra (con los demás factores bajo control).

Cazar el dragón. Término del argot, de origen cantonés, que se refiere a la inhalación del humo de morfina, heroína u opio que se calientan sobre una hoja de papel metálico. Se efectúa la “caza” cuando el usuario mantiene el líquido en movimiento para evitar que se fusione y forme una masa única no manejable. Ese tipo de ingestión puede representar un daño inmediato menor que el causado por la inyección de heroína,

Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA). El EMCDDA, que se estableció en Lisboa, Portugal, en el año 1993, es un centro de intercambio de información sobre las drogas en la Unión Europea. Proporciona a la UE y sus Estados Miembros un panorama concreto de los problemas europeos relacionados con las drogas y un marco común de información para respaldar el debate sobre las drogas. El EMCDDA cuenta con más de 90 especialistas que representan a unas 20 nacionalidades. Ofrece a los encargados de formular las políticas una base científica para establecer leyes y estrategias sobre las drogas y ayuda a los profesionales y los investigadores a definir las mejores prácticas y áreas nuevas para el análisis.

Charas. Nombre dado al hachís elaborado a mano en Afganistán, Pakistán, Nepal y la India. Se prepara con el extracto de la planta de cannabis (*Cannabis sativa*).

¹ La mayoría de las definiciones incluidas en este glosario fueron adaptadas de las definiciones proporcionadas en: Babor, T. F., Campbell R., Room R. y Saunders J. (2008a) Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid, España: Organización Mundial de la Salud/Gobierno de España/Ministerio de Sanidad y Consumo. VandenBos G. R. (2007) APA dictionary of psychology. Washington, DC: American Psychological Association. Wikipedia. Puede ser consultada en: http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page.

Confundido, confundidor. Distorsión de los resultados que se produce cuando los efectos aparentes de una variable de interés en realidad son por completo o en parte resultado de una variable externa que se asocia con el factor investigado.

Contingencias, manejo para. Reglamentación de recompensas en el manejo de pacientes con toxicomanías en un programa terapéutico. Por lo general consiste en dar pequeñas cantidades de dinero o vales para regalos cuando los resultados de los exámenes de orina muestran que no se ha producido un uso reciente de drogas.

Convenios internacionales sobre drogas. Tratados sobre las drogas firmados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Los tres principales tratados internacionales sobre el control de las drogas son el Convenio Único sobre Estupefacientes (1961), el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) y el Convenio contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988). Un propósito importante de los dos primeros tratados es codificar medidas de control aplicables en el plano internacional con el fin de garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para propósitos médicos y científicos y evitar la desviación de los mismos hacia canales ilícitos. Los tratados también incluyen disposiciones generales sobre el tráfico ilegal y el uso indebido de drogas.

Criminalización. Proceso que lleva a la determinación de la culpabilidad por un delito, así como a las consecuencias de la tipificación del delito.

Cuasi experimental. Falta de control completo sobre la programación de estímulos experimentales que hacen posible experimentos genuinos (véase experimento natural). Un diseño cuasi experimental no incluye la asignación al azar. La certeza de la causalidad en un diseño cuasi experimental es menor que en un diseño cabalmente experimental.

Descriminalización. Revocación de las sanciones penales.

Despenalización. Reducción de la severidad de las sanciones, sin que sean necesariamente eliminadas por completo. Un ejemplo sería la eliminación de la condena a prisión. La descriminalización es una subforma de despenalización.

Desviación. Uso de drogas de venta con receta para propósitos recreativos. La desviación de drogas también puede ser definida como la utilización de drogas legales para propósitos ilegales. Los psicofármacos frecuentemente desviados al consumo recreativo son los opioides y la pseudoefedrina (un ingrediente usado para producir metanfetamina). Por último, la desviación de las drogas puede referirse a los programas para quienes infringen la ley sobre las drogas por primera vez y son remitidos desde el sistema penal a un programa de educación y rehabilitación.

Drogas psicoactivas. Grupo de drogas que tienen efectos importantes sobre procesos psicológicos, como el pensamiento, la percepción y la emoción. Las drogas psicoactivas incluyen las tomadas deliberadamente para producir una alteración del estado de conciencia (por ejemplo, alucinógenos,

opioides, inhalantes y cannabis) y agentes terapéuticos elaborados para mejorar un estado mental (por ejemplo, antidepresivos, sedantes y antipsicóticos). Las drogas psicoactivas a menudo son llamadas sustancias psicotrópicas en los contextos clínicos.

EMCDDA. Véase Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías.

Ensayo clínico aleatorizado. Diseño de investigación en el cual los participantes en el estudio son asignados al azar a una o más condiciones de intervención con el fin de determinar cuál sería más provechosa. La aleatorización se efectúa para eliminar el error de la selección personal u otros tipos de bases sistemáticas.

Ensayo controlado aleatorizado. Véase ensayo clínico aleatorizado.

Estudio experimental. Investigación basada en experimentos aleatorizados efectuados con el propósito de llegar a inferencias de tipo causal.

Estudios mediante observaciones. Investigaciones que generan inferencias acerca de los efectos de un tratamiento cuando la asignación de los sujetos a un grupo tratado o a un grupo testigo está fuera del control del investigador. Contrastan con los experimentos controlados, como los ensayos controlados aleatorizados, donde cada sujeto es asignado al azar a un grupo tratado o a un grupo testigo antes de iniciar el tratamiento.

Estudios transversales. Estudios que usan métodos experimentales en el diseño y la investigación para obtener una estimación de la frecuencia y las características de una enfermedad o trastorno en una población en un determinado momento. A diferencia del análisis por series cronológicas, el análisis transversal describe cómo las variables se afectan entre sí en el mismo momento. Este tipo de datos puede ser usado para determinar la prevalencia de trastornos agudos o crónicos en una población. No obstante, como se miden en el mismo momento la exposición a la enfermedad y la situación de esta, tal vez no sea siempre posible establecer si la exposición precedió o siguió a la enfermedad. En una encuesta transversal, se observa a un grupo específico para determinar si una sustancia o actividad, por ejemplo, fumar cannabis, se relaciona con el efecto en la salud que se investiga, por ejemplo, el cáncer de pulmón.

Evaluación económica (ACB, EC). Determinación sistemática de los costos asociados con la ejecución de los servicios de un programa, que puede adoptar la forma de un análisis de costos y beneficios (ACB, la comparación del valor monetario de los costos y beneficios de distintos programas) y de un análisis de efectividad-costo (EC, el costo de lograr un resultado unitario del programa).

Experimento natural. Investigación del cambio en relación con un contexto donde se produce de manera natural, como sucede cuando se aplica una política en una sola comunidad, pero no en otra similar. El término implica que la investigación no tiene ninguna influencia en el acontecer del cambio.

Fármacos. Véase preparaciones farmacéuticas.

Fármacos psicoactivos. Véase psicofármacos.

Incidencia. Tasa de aparición de casos nuevos de un suceso (por ejemplo, el uso de drogas) o un trastorno (por ejemplo, la dependencia de las drogas). Véase también prevalencia.

Investigación cualitativa. Investigación que emplea información no numérica para obtener resultados a los que no se llega con procedimientos estadísticos u otros métodos cuantitativos (por ejemplo, los estudios de casos).

Investigación de evaluación. Aplicación de principios, teorías y métodos científicos para identificar, describir, conceptualizar, medir y controlar factores que son importantes para el establecimiento de sistemas efectivos de prestación de servicios sociales.

Investigación etnográfica. Estudio descriptivo de comunidades, grupos o culturas basado en la observación directa y cierto grado de participación activa o de familiaridad directa con la vida comunitaria. Se ha usado este método para estudiar aspectos sociales y culturales del consumo y el uso indebido de drogas.

JIFE. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial encargado de vigilar la aplicación de los tratados de las Naciones Unidas para la fiscalización de drogas. Esto incluye la responsabilidad de asegurar que haya suministros adecuados en el mercado legal (para fines médicos y científicos) y evitar que se produzca el tráfico ilícito de drogas.

Khat (té de Arabia). Hojas y brotes de una planta de África Oriental, *Catha edulis*, que se mastican o se beben en infusión. El khat, también utilizado en zonas del Mediterráneo Oriental y el norte de África, es un estimulante suave que contiene un principio activo, la catinona, similar a la anfetamina. El consumo masivo puede originar dependencia y problemas físicos y mentales semejantes a los producidos por otros estimulantes.

Mediador. Factor que interviene o actúa como intermediario (por ejemplo, la ebriedad), que se presenta en la cadena de causalidad que va desde un factor de riesgo (por ejemplo, el consumo de alcohol) a un problema social o de salud (por ejemplo, una lesión accidental). Produce una variación en el indicador del problema y la variación en el mediador mismo es causada por el factor de riesgo.

Meta-análisis, examen meta-analítico. Análisis estadístico en el cual se seleccionan y se vuelven a analizar juntos datos provenientes de varios estudios diferentes. El método es particularmente útil cuando hay que responder a una pregunta específica y existen por lo menos unos cuantos estudios relativamente sólidos que llegan a conclusiones diferentes.

Naloxona. Antagonista opiáceo que bloquea la capacidad de la heroína de ocupar sitios receptores; antagonista opioide derivado de la morfina que impide la unión de opioides a los receptores opioides, con actividad primaria en el receptor μ . Como otros antagonistas opioides, puede revertir con rapidez los efectos de una sobredosis de opioides y es útil en los servicios de urgencia para revertir la depresión respiratoria.

Nuez de betel. Fruto que se masca habitualmente en algunas partes de Asia y las islas del Pacífico. La nuez de betel (o areca) —la semilla de la palmera asiática *Areca catechu*— se enrolla en la hoja del árbol *Piper betle* y después se añade una pizca de cal viva y aromatizantes. Al entrar en contacto con la saliva, la mezcla libera arecolina, un anticolinérgico estimulante del sistema nervioso central parecido a la nicotina. Mascar betel puede producir dependencia y el consumo habitual con frecuencia provoca problemas de salud, en especial enfermedades de la boca, incluso cáncer. Se han hecho pocos esfuerzos oficiales para controlar su consumo.

Oficina de la Política Nacional sobre el Control de Drogas (ONDCP). Dependencia de la Oficina Ejecutiva del Presidente de los Estados Unidos de América, establecida en el año 1988. El propósito principal de la ONDCP es definir políticas, prioridades y objetivos para el programa estadounidense de control de las drogas. Las metas del programa son reducir el uso, la producción y el tráfico de drogas ilegales; la violencia y los delitos relacionados con las drogas y las consecuencias para la salud del uso indebido de drogas. Por ley, el Director de la ONDCP también evalúa, coordina y supervisa las actividades tanto nacionales como internacionales para combatir el consumo de drogas realizadas por los organismos dependientes del Poder Ejecutivo.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Órgano administrativo para los programas de las Naciones Unidas relacionados con la droga y el delito.

OMS. Véase Organización Mundial de la Salud.

ONDCP. Véase Oficina de la Política Nacional sobre el Control de Drogas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Organismo de las Naciones Unidas establecido en el año 1948 para proteger y promover la salud de los Estados Miembros con medidas de salud pública e investigaciones pertinentes sobre las políticas. Además de la sede de la OMS en Ginebra, hay seis oficinas regionales. Conforme a los tratados internacionales para el control de drogas, la OMS es responsable de determinar la predisposición al abuso y el potencial de dependencia de las sustancias psicoactivas, en contraste con su utilidad terapéutica.

OxyContin. Nombre comercial de una preparación de oxycodona de liberación prolongada, producida por la empresa farmacéutica Purdue Pharma. La oxycodona es un medicamento opioide analgésico sintetizado a partir de la tebaína, derivada del opio. Fue elaborada en el año 1916 en Alemania como uno de varios opioides semisintéticos y ofrece varias ventajas sobre los anteriores opiáceos y opioides tradicionales, la morfina, la heroína y la codeína. Actualmente se la conoce como el principal ingrediente activo de una serie de medicamentos orales recetados para aliviar el dolor entre moderado e intenso.

Potencial de abuso. Véase Predisposición al abuso.

Potencial de dependencia. Propensión de una sustancia a originar dependencia como consecuencia de sus efectos farmacológicos sobre las funciones fisiológicas o psicológicas. El potencial de dependencia viene dado por las propiedades farmacológicas intrínsecas que se evalúan en los ensayos clínicos con medicamentos, realizados en animales y seres humanos.

Precursor químico. Sustancia química que se usa en la producción de heroína o metanfetaminas.

Predisposición al abuso. Propensión de una sustancia psicoactiva concreta a inducir el abuso, definida según la probabilidad relativa de que su consumo provoque problemas sociales, psicológicos o físicos para una persona o para la sociedad. Conforme a los tratados internacionales para el control de drogas (véase convenios internacionales sobre drogas), la Organización Mundial de la Salud es responsable de determinar la predisposición al abuso y el potencial de dependencia, en oposición a la utilidad terapéutica, de las sustancias de consumo controlado.

Preparaciones farmacéuticas, fármacos. Drogas que son fabricadas, preparadas, suministradas o vendidas para uso médico.

Prevalencia. Número total de casos (por ejemplo, de una enfermedad o un trastorno) que existen en una determinada población en un momento dado (prevalencia puntual) o durante un período especificado (prevalencia en el período). Véase también incidencia.

Prevalencia en toda la vida. Porcentaje de personas que han usado una sustancia alguna vez en su vida.

Psicofármacos. Drogas que son fabricadas, preparadas, suministradas o vendidas para uso en la medicina psiquiátrica para aliviar el dolor u otras alteraciones mentales. En el contexto de este libro, los psicofármacos son drogas con predisposición al abuso y potencial de dependencia que son usados sin prescripción médica con el fin de experimentar sus efectos psicoactivos.

Recuperación natural. Capacidad de superar una adicción sin tratamiento. Otros términos usados para describir este fenómeno son “cambio por iniciativa propia” y “remisión espontánea”.

Regresión a la media. Ejemplo de un sesgo debido a la falta de fiabilidad de los instrumentos de medición, de tal modo que las primeras mediciones, en extremo desviadas de la media de la muestra, al repetir las pruebas tienden a dar un valor que, en comparación con los valores anteriores, se acerca más a la media de la muestra.

Revisión Cochrane. Las revisiones Cochrane examinan los datos científicos que prueban o desvirtúan la efectividad y la idoneidad de los tratamientos médicos (por ejemplo, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, educación, etc.) en circunstancias específicas. Estas revisiones sistemáticas y metaanálisis tienen la finalidad de facilitar las elecciones de los médicos, los pacientes, los encargados de formular las políticas y otras personas al adoptar decisiones concernientes al cuidado de la salud.

SAMHSA. Véase Administración para el Uso Indebido de Sustancias y Servicios de Salud Mental.

Sustancias psicoactivas. Véase drogas psicoactivas.

Sustancias psicotrópicas. Véase drogas psicoactivas.

Trastornos debidos al uso de drogas. Véase trastornos debidos al uso de sustancias.

Trastornos debidos al uso de sustancias. Grupo de trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol o el uso de drogas. En las categorías F10 a F19 de la CIE-10, se los define como “trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” y el término abarca una gran variedad de trastornos de diversa gravedad y forma clínica, que tienen en común el uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden o no haber sido recetadas por un médico. Las sustancias especificadas son el alcohol, los opiáceos, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína, otros estimulantes como la cafeína, los alucinógenos, el tabaco y los disolventes volátiles. Los estados clínicos que se pueden presentar (no necesariamente con todas las sustancias psicoactivas) incluyen la intoxicación aguda, el uso nocivo, el síndrome de dependencia, el estado de abstinencia, el estado de abstinencia con delirio, el trastorno psicótico, el síndrome amnésico y el trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.

UDI. Usuario de drogas inyectables.

UNODC. Véase Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Uso indebido de drogas. Uso de drogas ilegales o de medicinas en una forma no recomendada por un médico o por el fabricante. Algunas drogas ilegales han sido clasificadas como medicamentos de venta con receta, lo que implica que solo pueden ser usados legalmente cuando son recetados por un médico y es ilegal su uso, posesión o suministro en cualquier otra circunstancia.

Índice

- accidentes 60, 74, 151
- ácido gamma-hidroxibutírico 73
- acreditación y certificación 257
- actitudes culturales 15
- actividades delictivas 60, 264, 123-24
- Administración para el Uso Indebido de Sustancias y Servicios de Salud Mental 336, 342
- adulteración 73
- Afganistán
 - producción de opio 66, 75, 78, 151, 155
 - prohibición del cultivo de la amapola de opio 155
- alcohol
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - efectos nocivos para la salud 20
 - peligrosidad social 21, 22, 24
 - toxicidad general 21, 24
- Alcohólicos Anónimos 250, 254
- Alemania
 - precios de menudeo 149, 159, 160
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 34, 44, 245
 - terapia de sustitución de heroína 129
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- alteración del orden público 60-1, 244, 265
- alucinógenos 11-2, 55, 114, 19, 27, 33, 51, 337, 134
- América del Sur
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 44
- Américas
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 44
 - véase también Canadá; América del Sur; Estados Unidos de América
- Unidos de América
 - análisis de costos y beneficios 101, 269, 338
 - análisis por series cronológicas 100, 336, 338
- anfetaminas 28, 92, 214-19, 31, 60, 90, 38, 56, 74, 183
 - prevalencia del uso 27, 239, 31, 39, 37, 111, 40, 34, 63, 173, 182, 185
- antagonistas opiáceos 131, 274
- años de vida ajustados en función de la discapacidad 57
- aplicación de la ley véase control de las drogas
- Asociación de autoayuda Pui Hong 140
- atención primaria de salud 138, 250-51
- atención psiquiátrica 249, 251
- Australia
 - notificaciones de expiación por posesión de cannabis 174
 - “sequía” de heroína 156
- Austria
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 32, 40, 34, 44, 245
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- barbitúricos 92, 90, 84, 13, 51, 84, 194, 73
 - restricciones de la prescripción 199
- benzodiazepinas 13, 21, 197, 138, 48, 27, 84, 134, 192-96
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - peligrosidad social 21, 22, 24
 - toxicidad general 21, 24
- bhang 11
- bien público 6, 7, 10
- Bolivia
 - intervenciones 207, 244
 - producción de hojas de coca 75
- buprenorfina 4, 84, 101, 125-26
 - mantenimiento 199, 207, 233, 257, 245-46, 126-30
- calidad del producto 65, 69, 72
- Canadá
 - Ley sobre el Opio y las Drogas (1911) 213
 - terapia de sustitución de heroína 129
- cannabis 11, 13, 14, 19
 - como medicamento 188
 - notificaciones de expiación 174-75
 - prevalencia del uso 27, 30, 34-5, 39
 - tendencias en el uso 37, 39, 40
- carga de morbilidad 56-59, 62
- carga mundial de morbilidad 56-7, 81, 227
- casas de venta de crack 78
- Centro Europeo de Vigilancia de Drogas y Toxicomanías 76, 336, 338
- charas 149, 330, 336
- China
 - aplicación de la ley 238, 277, 262
 - disponibilidad de tratamiento 238, 240
 - tráfico 237, 239, 240
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) 56
- cocaína 11, 13, 14
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - distribución 64-69, 70-3
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - elasticidad de la demanda 146-48, 167
 - incautaciones 156-59, 160-61, 179
 - peligrosidad social 21, 22, 24
 - precio 143, 159, 160, 150-51

- prevalencia del uso 27, 30-1, 39, 40
- toxicidad general 21, 24
- codeína 11
- coeficiente de seguridad 21, 24
- coerción 241, 254, 252, 249
- Colombia
 - producción de hojas de coca 75
 - producción de opio 66, 75, 151, 155
- Comisión de Estupefacentes 220-23, 228
- Comisiones para la Disuasión de Toxicomanías 173, 180
- Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 222
- complementos 147, 184
- comunidades terapéuticas 138, 142
- condenas 164-65, 241, 233, 235, 174, 181
- confundidor 337
- consecuencias para la salud 239
- contexto 14-5, 24
- control de la oferta 104, 276, 158, 105, 102, 143-45, 270, 166, 168-69
 - en contraste con la aplicación de la ley 143
 - marco conceptual 145, 227
- control del menudeo 162-63
- control en el país de origen 152, 154, 145, 151
- control interno de alto nivel 161
- control mediante la aplicación de la ley
 - en las calles 91, 72, 162
 - internacional 217, 221-29, 264
 - interno
 - México 230-33, 238, 242, 265
 - Suecia 237-39, 240-44, 252
- control mediante la aplicación de la ley
 - en las calles 91, 72, 162
 - internacional 220-29, 232, 264
 - interno
 - México 230-33, 238, 242, 265
 - Suecia 237-39, 240-44, 252
- Convenio Marco para el Control del Tabaco 213-19
- Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) 212
- convenios para la fiscalización de las drogas 7, 220
- coordinación de los servicios 254
- co-proxamol 202, 325
- corrupción
 - países consumidores 152, 156, 225
- crack 12, 13
- crimen organizado 65, 91, 81, 233
- criminalización 278, 217, 337, 168, 173, 179
- Croix Bleu 250
- daño social 56, 63
- daños 48-9, 50, 98, 277, 64, 114, 197, 105, 144, 120
 - evaluación 56, 77, 98
 - grado 20-1, 53, 76, 40, 60, 68
 - mecanismos 16-7, 20
 - morbilidad y mortalidad 49, 59
- delitos compulsivos de carácter económico 79
- delitos psicofarmacológicos 79
- delitos sistémicos 71, 79, 80
- dependencia de drogas 29, 34, 80, 139, 232-3, 198, 129
- desarrollo alternativo 151-54, 276
- descentralización 68
- descriminalización 337, 168, 172-79
 - formas 143, 148, 162, 171, 173, 201, 205, 230
- desfoliación 265-66
- desinhibición conductual 17
- despenalización 172, 217, 337
- desviación 89, 90, 282,, 129, 255, 32, 337, 91, 94-6, 185
- dexanfetamina 12
- dextropropoxifeno 195, 202
- dietilamina de ácido lisérgico véase LSD
- dietilpropión 12
- Dinamarca
 - prevalencia del uso de drogas 27, 32, 34, 40
 - uso de drogas por los jóvenes 114, 117
- disponibilidad de drogas 145, 227, 80, 178, 162
- disponibilidad económica 17
- disponibilidad psicológica 17
- disponibilidad social 17
- distribución ver mercados
- disuasión 170-73, 180
- dolor 52, 84, 95-6, 70, 88
- drogas sintéticas 76, 240
- dronabinol 222-23
- economía 249, 210, 98, 266, 63, 245, 166, 190
- efectos en la población 253-54
- elasticidad de la demanda 146, 148, 167
 - cocaína 127, 154, 152, 138, 211, 187, 220
 - heroína 180, 184-85, 195, 198, 200, 201
 - marihuana 177, 188-89, 211
- empobrecimiento 74
- encarcelamiento 278, 138, 277, 255, 240-41, 244
 - tasa de 176, 177, 201-02
- Encuesta Domiciliaria Nacional sobre la Estrategia para las Drogas 29
- Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud 29
- enfermedad cerebral 134
- enfermedad física
 - carga mundial 56-7, 227, 81
 - enfermedades infecciosas 48-9, 59, 265-66, 103, 125-26
- ensayos controlados aleatorizados 113, 129, 139, 106, 188
 - servicios de salud prestados por el farmacéutico 188
- epidemias de drogas 34
- erradicación de cultivos 152-53, 145, 276, 232, 268
- escuelas
 - gestión en el aula y en el entorno 115
 - pruebas para detectar el uso de drogas 115, 235
- Eslovenia
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31-32, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117

- Estados Unidos de América
 aplicación de la ley 238, 277, 240, 262
 disponibilidad de tratamiento 238, 240
 Ley Harrison sobre Estupefacientes 187, 213
 precios al menudeo 159, 166, 71
 tráfico 237, 239, 240
 uso de drogas 110, 104, 111, 109, 106, 107, 108
 por los jóvenes 34-5, 106, 114, 117
 prevalencia 27, 31, 37, 39
 tendencias 37, 39, 31, 32, 35,
 estigma 250, 255, 269, 174
 estimulantes 11-2
 efecto intoxicante 19, 21, 24
 peligrosidad social 21, 22, 24
 prescripción 104-05, 94-6
 toxicidad general 21, 24
 Estudio Nacional de los Resultados del Tratamiento
 253, 245
 estudios cuasi experimentales 99
 estudios de la eficacia 8
 estudios experimentales 99
 estudios mediante observaciones 139, 338, 140
 estudios transversales 338, 100
 estupefacientes
 consumo mundial 88, 156, 74, 229
véanse también fármacos individuales
 Europa
 prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 32, 40,
 34, 245
 tendencias en el uso de drogas por los jóvenes 35
 experimentos naturales 8, 99, 189
 farmacéuticos 185-88, 203, 205-06
 fármacos 281-82, 339, 341
 desviación 90-6
 mercados ilegales 64, 220, 94, 63, 144, 82
 usos no médicos 89, 90, 94-6
 fenciclidina 12, 51, 114
 fenmetracina 12
 Finlandia
 prevalencia del uso de drogas 27, 31-2, 40, 34, 44
 uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
 fiscalización internacional de las drogas 211, 225-27, 229
 carácter mixto 220
 efectos 271-73, 280-82
 requisitos de cooperación 217
 sociedad civil 224-26
 tratados 203, 211-13, 222, 224
 flunitrazepam 287, 234, 194-95, 304
 Francia
 prevalencia del uso de drogas 27, 111, 31-2, 44
 uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
 ganja 11
 Grecia
 prevalencia del uso de drogas 27, 31-2, 111, 34, 40, 45
 uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
 hachís 11, 27, 149, 234
 hepatitis B 239, 53
 hepatitis C 48, 53, 131, 231, 275
 heroína 20-1, 75, 28, 157, 126, 92, 48, 72, 128-29, 130
 coeficiente de seguridad 21, 24
 distribución 64-9, 70-2
 efecto intoxicante 19, 21, 24
 efectos adversos para la salud 20
 elasticidad de la demanda 146, 148, 167
 peligrosidad social 21, 22, 24
 precio 73, 64-5, 92,
 prevalencia del uso 27, 30-2, 34, 44, 39,
 sustitución 255, 281-2, 274
 toxicidad general 21, 24
 hipnóticos/sedantes
 prescripciones 281, 255, 213, 186, 190-96
 hipótesis de la droga de iniciación 45
 hospitales 214, 250-52
 Hungría
 prevalencia del uso de drogas 27, 31-2, 40, 44,
 111, 245
 uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
 incidencia 26, 32, 132, 339, 341, 119
 India
 aplicación de la ley 238, 277, 105, 65, 241-43,
 143-45, 78, 81
 disponibilidad de tratamiento 238, 240
 tráfico 237, 239, 240
 uso de drogas 110, 104, 111, 109, 106, 107, 108
 índice de los daños causados por las drogas 79
 industria farmacéutica 82-3, 90, 103
 mundial 83, 85, 88-9,
 inhalantes psicoactivos 11, 12
 inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina 86
 innovación 68
 interceptación 151, 155-59, 160, 161, 168
 Intervención comunitaria multidimensional 109
 intervención en la escuela y la comunidad 109, 110
 intervenciones 97-8, 127-8, 282, 271-72, 276, 158,
 138, 264, 185
 antagonistas opiáceos 274, 131
 breves 138, 135, 142, 107, 276
 de comercialización social 273
 en el aula 108, 111, 105, 115
 en la comunidad 109, 138, 106, 117, 188
 en la escuela 109, 110, 115, 268
 encaminadas a reducir los riesgos para la salud
 causados por el uso de drogas 131
 imprevistas 282, 263, 224, 269, 148-48, 196
 intervenciones orientadas a las familias 116
 organizaciones de autoayuda dirigidas por
 compañeros 140
 psicosociales 126-28, 134, 273, 139, 140
 estudios nacionales mediante observaciones 140
 metaanálisis 139, 341

- reguladoras véase legislación
- intoxicación 11, 12, 52, 48-9, 21
- intoxicaciones 50, 189, 191, 194-95
- investigación cualitativa 339, 101
- investigación de evaluación 339, 101
- investigación de sistemas 248
- investigación etnográfica 339
- Irlanda
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 32, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- Italia
 - precios al menudeo 71, 159, 166
 - prevalencia del uso de drogas 32, 27, 111, 40, 34,
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- jóvenes
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 40, 44
 - tendencias del uso de drogas 46
- Juego del Buen Comportamiento 108-09, 115, 271
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 220, 221, 339, 212
- Kennedy, David, Closing the Market: Controlling the Drug Trade in Tampa 65
- khat 23, 31, 339
- Laos
 - política sobre las drogas 8
 - producción de opio 66, 75, 78
- legalización 278-79, 217, 263, 172-73
- leyes 215, 282, 219, 277, 217, 64, 105, 212-13, 243, 266
 - internacionales véase fiscalización internacional de las drogas
 - nacionales 217, 220, 255, 230, 233, 235
 - México 230-33, 238, 242, 265
 - Suecia 237-39, 240-44, 252
- locales para el consumo supervisado de drogas 113, 221
- LSD 12, 13, 19, 22, 63
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - peligrosidad social 21, 22, 24
- lugares públicos de consumo de drogas 61
- Malta
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- marihuana
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - efectos adversos para la salud 20
 - elasticidad de la demanda 146, 148, 167
 - peligrosidad social 21, 22, 24
 - precio al menudeo 71, 150
- MDMA 12, 21, 49
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - peligrosidad social 21, 22, 24
- mediador 339
- medicalización 85, 208
- medicamentos de patente 83, 85
- medicamentos de venta sin receta 190-91
 - restricciones a las ventas sin receta 190-91
- medidas punitivas 264, 103
- mercado negro, véase mercados, sitio de venta
- mercados 64, 89, 91-5, 71-9
 - calidad del producto 65, 69, 72
 - callejeros 70, 81-2, 93
 - concepto de mercado 64
 - control de mercados ilegales controlados 129, 139, 183, 188
 - efectos perjudiciales
 - países ricos 78, 80, 185
 - no regulados 89
 - organización 58-9, 65, 68-9, 77
 - precio 73, 64-5, 92, 70-2
 - regulados 89, 90
- metaanálisis 139, 341
- metacualona 12
- metadona 104, 126-8, 130, 283, 251, 242, 225-26, 1999, 200-01
 - programas de mantenimiento 74
 - véase también terapia de sustitución de opioides
- metilfenidato 12
- métodos que usan los medios de difusión 117
- México 230-33, 238, 242, 265
 - aplicación de la ley 238, 277, 262, 268-9, 270
 - disponibilidad de tratamiento 238, 240
 - leyes 215, 282, 219, 277, 217, 64, 105, 212-13, 243, 266
 - presupuesto 249, 221-22, 256-57
 - prevención 236, 267, 272
 - problemas de drogas 250-51, 263-67
 - producción de opio 66, 75, 78, 151, 155
 - tráfico 237, 239, 240
 - uso de drogas 110, 104, 111, 109, 106, 107, 108
- modalidades de uso 48, 14, 87-88
- modelo aditivo 159, 160-61
- modelo multiplicativo 160-61
- morbilidad 57-9, 64, 26, 49, 62
 - factores de riesgo 59, 62, 43, 56
- morfina 11, 13
- mortalidad 57-9, 31, 49, 62-3
 - factores de riesgo 59, 62, 43, 56
- “mulas” 155, 158
- naloxona 48, 126, 133
 - distribución 214-15, 276, 240, 264, 243
- naltrexona 134, 271
- Narcóticos Anónimos 16, 135, 124, 145
- Nigeria
 - aplicación de la ley 238, 277, 262, 268-9, 270
 - tráfico 237, 239, 240
 - uso de drogas 110, 104, 111, 109, 106, 107, 108
 - disponibilidad de tratamiento 238, 240
- nitrito de amilo 12
- No al uso de drogas 110-11

- Noruega
- prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- notoriedad política 238, 240, 242
- nuez de betel 31, 340
- Oficina de la Política Nacional sobre el Control de Drogas (ONDCP) 340, 242
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 39, 74, 220-21, 212, 340, 228
- opiáceo; opiáceos véase opioide; opioides
- opioides 11, 13
- prevalencia del uso 27, 30-2, 34-5
 - vigilancia de la prescripción 196-97, 193, 204
- Organización de las Naciones Unidas
- Organización Mundial de la Salud 19, 58-9, 56
- organizaciones de autoayuda 140
- organizaciones de autoayuda dirigidas por compañeros 140
- Oxford House 141
- oxicodona véase Oxycontin
- Oxycontin 85, 144, 285, 190-91, 184
- Países Bajos
- Ley del Opio (1928) 213
 - política sobre las drogas 8, 61-2
 - prevalencia del uso de drogas 27, 111, 40, 44
 - terapia de sustitución de heroína 129
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- Pakistán
- producción de opio 75, 66, 78, 151, 155
- paracetamol (aminofeno) 191, 202
- paroxetina 85
- parque de las agujas 79
- peligrosidad social 21, 22, 24
- perfil de los pacientes 203
- petidina 88
- pedra 12, 166
- políticas nacionales sobre las drogas
- análisis comparativo 333-342
 - México 230-33, 238, 242, 265
 - Suecia 237-39, 240-44, 252
- política sobre las drogas 61-2, 235
- internacional 209, 210, 218, 221-29
 - Las Piedras, Puerto Rico 3
 - nacional véase políticas nacionales sobre las drogas
 - Países Bajos 3
 - orientación 252, 242-43, 246, 248, 256-58
 - conclusiones científicamente fundamentadas 263
 - consecuencias imprevistas 263, 269, 282
 - Vientiane, Laos 3
 - importancia 7-8
 - significado 7, 9, 14-16
 - basada en datos probatorios 106
- Polonia
- prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- Portugal
- Comisiones para la Disuasión de Toxicomanías 173, 180
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 170
- potencial de dependencia 11, 13, 14, 19, 22
- precio 64-5, 69, 92, 70-3
- precios de referencia 191
- predisposición al abuso 90, 203, 341
- predisposición genética 17
- Preludín 4
- preparación para años libres de drogas 109, 116
- prescripciones
- restricciones 182, 185, 188, 190-95, 199, 206
 - sistemas electrónicos para la transferencia de datos 277
- prevalencia 27, 31, 37, 39, 239, 131, 185, 111, 40, 49, 238
- entre los jóvenes 39, 114, 37, 32, 43, 174, 179, 181
 - estimación 29, 61
 - estimaciones de la prevalencia en la población 28
 - prevalencia en toda la vida 29, 37, 111, 40, 122
- prevención del uso de drogas por los jóvenes, programas
- eficacia 127, 129
 - enfoques integrales 107
 - gestión en el aula y en el entorno escolar 115
 - grupos de alto riesgo 119
 - influencias sociales 107
 - intervenciones en la comunidad 106
 - intervenciones en la familia 107, 140
 - intervenciones en las escuelas 272
- prevención, programas de nacionales
- México 230-33, 238, 242, 265
 - Suecia 237-39, 240-44, 252
- para los jóvenes véase prevención del uso de drogas
- por los jóvenes, programas
- problema moral/religioso 135
 - problema psicodinámico 134
 - problemas debidos al uso de drogas 9
 - producción 151-56, 167-69
 - programas en la comunidad 108
 - programas para el control de drogas 5
 - internacionales véase fiscalización internacional de las drogas
 - véase también intervenciones; prevención, programas de
- Proyecto Escolar Europeo sobre Alcohol y Drogas 34
- psicoestimulantes véase estimulantes
- psicofármacos 280, 239, 29, 83, 32, 337, 96, 184, 203
- medidas de control
 - perfil de los pacientes 203
 - mercados ilegales 63-4, 94, 82
 - promoción 79, 85, 144, 205
 - reglamentos para la prescripción 184-85, 187, 207
 - uso no médico 29, 34, 92-3
 - véase también sustancias psicoactivas
- psilocibina 12
- recuperación natural 139, 341

- redes de distribución 68, 167
- refuerzo 16, 22
- registros de las prescripciones 196
- reglamentos para la prescripción 104, 184-5, 187, 207
 - aplicación de pautas 190, 193, 280
 - cambios en los costos o reembolsos 190
 - disponibilidad de medicamentos de venta sin receta en comparación con los que requieren
 - prescripción médica 217, 184-5, 187, 204-07
 - historia 227, 230, 178, 187
 - restricciones a las ventas sin receta 190-1
 - retiro total 190, 202
- rehabilitación 170-71, 252, 245
- Reino Unido
 - aplicación de la ley 238, 277, 262, 240-43, 268, 270
 - disponibilidad de tratamiento 238, 240
 - Ley sobre Drogas Peligrosas (1920) 213
 - precios al menudeo 71, 159, 166
 - sustitución de opioides 125, 207
 - tráfico 237, 239, 240
 - uso de drogas 110, 104, 111, 109, 106, 107, 108
 - por los jóvenes 114, 106, 117, 46, 34-5
 - prevalencia 27, 31, 37, 39
- República Checa
 - prevalencia del uso de drogas 27, 31, 111, 40, 44
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- República Eslovaca
 - uso de drogas por los jóvenes 35, 114, 117
- revisiones Cochrane 99, 120, 341
 - intervenciones en las escuelas 272
 - precios de referencia 191
 - terapia de sustitución de heroína 129
- riesgo
 - compensación 69, 70, 149, 150
 - grado 20, 59, 40, 53
- rociamiento de cultivos 265
- sanciones
 - modificación del nivel de las sanciones 278
- sector de beneficencia 252
- sedantes *véase* hipnóticos/sedantes, y fármacos
- individuales
- servicios para usuarios de drogas 102, 142, 250, 256
- servicios sociales y de salud 109, 130, 131, 262, 141-43, 266-67, 244, 123-24
 - calidad 127-28, 64-5, 120, 141
 - financiamiento 168, 235, 150, 246
 - investigación de sistemas 248
 - sistema de servicios 249, 252, 246, 148-49, 250, 253-57
- Suecia 237-39, 252, 240-44, 234
- ubicación 223, 246
- vigilancia 281-82, 218, 249, 221, 258-59
 - véase también* intervenciones
- significados simbólicos 20-23
- sistema británico para la sustitución de heroína 187-188
- sistema de asistencia social 354
- Sistema de Garantía de la Calidad del Tratamiento con Metadona 363
- sistema de justicia penal 353-354
- sistema de prescripción 266-267
 - procedimientos alternativos de control 269-271
- sistema de servicios para los jóvenes 354
- sistemas de servicios 345-352
 - accesibilidad 349
 - coerción 350
 - coordinación 349
 - economía 350
 - estigma 350
 - ubicación 352-354
- sitio de venta 92-93
- sobredosis 69-70
- sociedad civil 317
- solventes 17
 - calificación del daño 32
- Sudáfrica, prescripción de psicofármacos 126
- Suecia 329-334
 - aplicación de la ley 331-332, 334
 - disponibilidad de tratamiento 334
 - leyes 331
 - política 331
 - política sobre las drogas 331
 - presupuesto 333
 - prevención 333
 - servicios sociales y de salud 332-333
 - tasas de arrestos/sentencias/encarcelamientos 235
 - tráfico 334
 - uso de drogas 329-330, 334
 - consecuencias sociales 330
 - por los jóvenes 50
 - prevalencia 42
- suicidios 70-72
- Suiza
 - tasas de arrestos/sentencias/encarcelamientos 235
 - uso de drogas por los jóvenes 50
- sustancias psicoactivas 24, 104, 55, 280, 218, 134, 210, 342
 - crecimiento del uso 32
 - mecanismos del daño 17
 - modalidades del uso 19
 - significados simbólicos 14
 - véase también* psicofármacos
 - sustitución de cultivos 232, 265
- sustitutos 147, 125, 191, 195, 202, 207
- tabaco 20-2, 24
 - coeficiente de seguridad 21, 24
 - efecto intoxicante 19, 21, 24
 - efectos adversos para la salud 20
 - peligrosidad social 21, 22, 24
 - toxicidad general 21, 24
- temazepam 295, 299, 200
- tendencias en el uso de drogas 27, 35, 37, 39, 40
 - por los jóvenes 46, 35, 117, 106

- terapia de sustitución de heroína 129
 - sistema británico 128-29
- terapia de sustitución de opioides 125
- terminología 9
- THC 11
- tráfico 237, 151, 164, 218-19, 239, 337, 264, 76-9
 - véanse también* los países individuales
- tramadol 291, 300, 190, 195, 197-98
- tranquilizantes
 - prescripciones 186, 189, 190-96, 201-05
- trastornos debidos al uso de sustancias 189, 342
- trastornos mentales 52-3, 55, 89, 115-16
- tratamiento
 - disponibilidad 238, 281, 336, 277-78, 263
 - obligatorio 180-81, 187, 173, 241, 236
 - políticas nacionales 230
- uso de drogas 13, 17
 - historia 46, 125
 - magnitud actual 27
 - tendencias 31-33, 35, 39, 40
- uso de drogas ilegales véase uso indebido de drogas
- uso de drogas inyectables 29, 32, 41-5, 63, 52
- uso de múltiples drogas 28, 47-8, 54-6,
- uso indebido de drogas 23, 115, 109, 216, 271, 339, 148, 185
 - costos 83, 61-2, 68-9, 76
 - efectos nocivos véase daño
- uso social 15
- uso trivializado 14
- usuarios de drogas de alto riesgo 133
- usuarios ocasionales de drogas 27
- usuarios problemáticos de drogas 27, 39, 41, 45-7, 50
- venta encubierta 162-63
- venta flagrante 162-63
- vigilancia de la prescripción 196-7, 193, 204, 282
 - consecuencias 278-79, 272, 262, 239, 224
- vigilancia de las enfermedades 8
- vigilancia de los resultados 258-59
- VIH/sida 57-8, 54, 131, 245
 - incidencia 248, 339
- violencia 237, 20, 64, 232, 108, 252, 239, 60, 155, 141, 237 244
- visitas a varios médicos para obtener recetas
 - perfil de los pacientes como medio de prevención 290-291
- zona de tránsito 151, 155-56

El uso de drogas tiene un impacto significativo en la salud pública a través de la enfermedad, discapacidad y problemas sociales, y los tomadores de decisión están cada vez más interesados en desarrollar políticas de drogas basados en evidencia. Es fundamental fortalecer los vínculos entre la ciencia de la dependencia de drogas y de la política de drogas. La política de drogas y el bien público es un esfuerzo colaborativo de un grupo internacional de investigadores de carrera para proveer una base analítica para la construcción de políticas globales relevantes para las drogas, y para informar a los tomadores de decisión que tengan responsabilidad directa sobre la salud pública y el bienestar social.

La política de drogas y el bien público presenta, de manera integral, práctica y de forma fácilmente accesible, el conocimiento científico acumulado sobre las drogas ilícitas que tiene relevancia directa para el desarrollo de una política sobre las drogas a nivel local, nacional e internacional. Los autores describen la base conceptual para una política de drogas racional y presentan nuevos datos epidemiológicos sobre la dimensión global del uso riesgoso de drogas. El libro es una revisión crítica de la evidencia científica acumulada en cinco temas generales de las políticas sobre drogas: prevención primaria en escuelas y otros entornos; estrategias para la reducción de la oferta, incluyendo interdicción de drogas y aplicación de la ley; intervenciones de tratamiento y reducción de daños; sanciones criminales y discriminación; y control del mercado legal a través de sistemas para la prescripción de drogas psicotrópicas. Los capítulos finales discuten el estado actual de la política de drogas en diferentes partes del mundo, y describen la necesidad de un nuevo abordaje para la política de drogas que sea basado en la evidencia, realista y coordinada.

Poniendo la política de drogas principalmente dentro de la perspectiva de la salud pública, el libro nota la tendencia creciente de gobiernos, tanto nacionales como locales, de considerar las drogas psicoactivas ilegales como un factor determinante de la salud, y con esto organizar las respuestas sociales. El libro es de interés para los que están involucrados tanto con la ciencia de la dependencia de drogas como en la política de drogas, bien como aquellos en campos más amplios de la salud pública, políticas de salud, epidemiología, prevención primaria y servicios de tratamiento.

Otro libro traducido y publicado por la OPS, en español, que también se encuentra disponible es Alcohol: un producto no ordinario- investigación y política pública, segunda edición.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Society
for
the Study of
Addiction



BMA

Ganador del primer premio
en la categoría de salud pública

