

CAPÍTULO 1  
**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS  
CAPÍTULO COMPARATIVO**

Enero 2003



# ÍNDICE

I. Introducción	19
II. Las leyes de droga	21
III. Entidades públicas participantes	27
IV. Las estrategias sobre droga	29
1. Metas y objetivos	31
2. Política de prevención	33
3. Política de asistencia de adictos	34
4. Política de control	37
5. Aspectos internacionales	39
6. Presupuesto	41
V. Resultados obtenidos	43
1. Disminución del consumo	44
2. Reducción de daños	46
VI. Comentarios finales	49
VII. Bibliografía	51



# I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogas no es nuevo; acompaña al hombre desde los primeros tiempos de que se tiene registro. Existen documentos de medicina tradicional china datados el año 2.737 a.C. en que se hace referencia directa a las propiedades psicoactivas de la planta *Cannabis sativa*.

Sí es bastante más reciente la inclusión del consumo y abuso de estas sustancias entre los problemas que debe abordar el Estado, en su afán por promover el bien común y garantizar los derechos que cada país ha definido como primordiales. Es posible encontrar documentos oficiales que datan de la década de 1970, en que se define el abuso de sustancias como un problema público y se diseñan e implementan políticas para su prevención y control<sup>2</sup>. En el mundo comienzan a aparecer listados con sustancias potencialmente abusables, se crean leyes para controlar su uso y comercialización, se generan coaliciones internacionales para localizar y destruir sus centros de producción, se desarrollan programas de rehabilitación para tratar a los adictos y ayudarlos en su reinserción social, etc.

De esta manera comienza la preocupación de los líderes mundiales por atacar un problema que se expande, cruzando las fronteras y afectando cada vez a más personas, con lo que surge la necesidad de desarrollar estrategias nacionales que definan las metas a lograr y las acciones a seguir en los distintos ámbitos de intervención, que son algunos de los principales componentes de análisis en el presente estudio.

La forma en que se estructura este primer capítulo es la siguiente: en la siguiente sección, se comparan las legislaciones sobre sustancias controladas de los cinco países incluidos en este estudio; en la tercera parte se presentan las distintas instituciones gubernamentales que participan en la gestación y puesta en marcha de las estrategias. La cuarta parte contiene la descripción de la estrategia de cada país, incluyendo sus elementos clave: política de prevención, asistencia y control, metas propuestas en cada área, y presupuesto con que se cuenta para alcanzarlas.

<sup>2</sup> Por ejemplo, en Estados Unidos se dictó la Ley de Prevención y Control del Abuso de Drogas en 1970, en 1973 se creó la DEA (Drug Enforcement Administration), en 1974 se creó el NIDA (National Institute on Drug Abuse), etc.

A continuación se incluyen los resultados que se han obtenido en los diversos sectores de intervención, para, finalmente, presentar algunos comentarios que surgen a partir de la comparación de las cinco estrategias.

## II. LAS LEYES DE DROGA

Los cinco países considerados en este estudio han decidido controlar la comercialización y consumo de ciertas sustancias consideradas nocivas para la salud. Por eso, cuentan con leyes que definen como delito ciertas actividades vinculadas a ellas.

Existe un consenso general entre los países estudiados en cuanto a cuáles son las sustancias cuya comercialización se debe restringir y en cuanto a la necesidad de establecer una clasificación por tipo de drogas (y una escala de sanciones acorde con esta clasificación). Esto se da, principalmente, porque existen convenciones de las Naciones Unidas -a las que todos los países incluidos en este estudio están suscritos- que fijan los estándares internacionales en la materia y que, además, permiten ir actualizando estos registros en la medida en que van surgiendo nuevas drogas, como, por ejemplo, el éxtasis.

Para efectos de los ilícitos que se establecen en cada legislación, todos los países clasifican las sustancias por categorías. Sin embargo, los criterios de agrupación por tipo de droga no han sido aunados, lo que se refleja en las distintas categorías en que se incluyen algunas drogas en los distintos países. Por ejemplo, en Estados Unidos la marihuana se incluye en la categoría de drogas más peligrosas, situación que no ocurre en los demás países.

En el caso de Estados Unidos, el criterio utilizado para distinguir entre diversas drogas es según su potencial de abuso y susceptibilidad de uso médico; en los Países Bajos son organizadas según si causan graves daños a la salud pública, lo mismo que en España y en el Reino Unido. En el Cuadro N°1 se presentan las sustancias controladas en los cinco países estudiados y la forma en que éstas se clasifican. Aquí se observa que, salvo en Estados Unidos, la marihuana no se incluye dentro de la peor categoría de drogas en ninguno de los países estudiados. Por su parte, la heroína es una de las drogas que siempre se encuentra en el grupo de drogas más peligrosas, al igual que la cocaína.

**Cuadro N°1** Clasificación de sustancias controladas en los cinco países

País	Nº Categorías	Criterio	Sustancias por categoría (Ej.)
Estados Unidos	5	Potencial de abuso Usos médicos Capacidad de producir dependencia	<b>I</b> Heroína, Marihuana, LSD <b>II</b> Cocaína, Metadona, Morfina <b>III</b> Barbitúricos, Esteroides <b>IV</b> Valium, Xanax <b>V</b> Codeína
Reino Unido	3	Daño que producen	<b>A</b> Cocaína, Heroína, Extasis, LSD, Metadona, Morfina <b>B</b> Marihuana, Anfetaminas <b>C</b> Temgesic, Distalgesic
España	2	Gravedad de los daños a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drogas que causan grave daño a la salud *</li> <li>• Otras drogas</li> </ul>
Canadá	6	**	<b>I</b> Opiáceos, Cocaína <b>II</b> Marihuana, Hachís <b>III</b> Anfetaminas, LSD <b>IV</b> Barbitúricos, Esteroides <b>V</b> Phenylpropanolamine, Propylhexedrine <b>VI</b> Algunos precursores químicos
Países Bajos	2	Riesgo asociado al consumo	<b>Drogas Duras:</b> Cocaína, LSD, Heroína, Extasis, etc. <b>Drogas Blandas:</b> Marihuana, Hachís.

\* De acuerdo con el listado de sustancias estupefacientes de las Naciones Unidas

\*\* El documento original no especifica el criterio utilizado para la clasificación

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos oficiales de la legislación de cada país.

En cuanto a la definición de delitos desarrollados en torno a las sustancias ilegales, éste es un campo en el que se observan similitudes entre los países. Para comparar, se definen 3 tipos principales de delito: consumo, posesión, y producción y/o comercialización.

- El **consumo** de drogas es considerado explícitamente como delito sólo en el caso de España, que desde 1992 estima como falta la utilización de drogas en lugares públicos y la castiga con una multa de entre 300 y 30.000 euros<sup>3</sup>. Los demás países utilizan la figura legal de la posesión para controlar el consumo, ya que distinguen entre posesión para consumo propio y para comercialización.
- La **posesión** de droga está legalmente prohibida en todos los países, aunque con matices, entre ellos:

<sup>3</sup> Equivalente a 312 y 31.237 dólares respectivamente al 30 de diciembre de 2002. (0,9604 euros por dólar).

- **Penas asociadas:** las penas asociadas a este delito varían considerablemente de un país a otro. Por ejemplo, la posesión de cocaína se castiga con una reclusión máxima que va desde 4 años en los Países Bajos hasta 15 años en Estados Unidos. Adicionalmente, algunas legislaciones contemplan penas diferenciadas de acuerdo con la cantidad de droga que se posee (Países Bajos, Canadá y Estados Unidos).
- **Prioridad de persecución:** en este aspecto también existen distinciones entre países. Por ejemplo, en los Países Bajos se le da baja prioridad de persecución a la posesión de pequeñas cantidades (menos de 5 gramos en el caso de drogas blandas, y menos de 0,5 gramos, en el caso de drogas duras). En la práctica, esto significa que la policía no detiene ni inicia un proceso si sorprende a alguien en esta situación, aunque, al menos en el caso de las drogas duras, la sustancia es requisada y la persona informada sobre las diversas clases de programa de asistencia de adictos<sup>4</sup>. Esto forma parte del llamado *principio de conveniencia*, el cual permite dejar de perseguir ciertas infracciones cuando eso significa un beneficio superior para la sociedad (como la rehabilitación de un adicto). En el caso de España se da una situación completamente distinta, ya que existe el llamado *principio de legalidad*, que establece que toda falta debe ser perseguida, independientemente de su gravedad, similar al caso de Canadá y Estados Unidos, donde tampoco existe política de persecución diferenciada. En el Reino Unido se da una situación intermedia: en la práctica, los casos de posesión de cannabis son tratados con menos severidad que los de otras drogas, ya que se utiliza un sistema de Reprimendas, Advertencias y Amonestaciones. Esta modalidad se utiliza en una proporción crecientemente significativa de casos de posesión. En 1997, el 58% de los casos de tenencia de cannabis fue resuelto de esta manera.
- **Distinción según tipo de sustancia:** Cuatro de los cinco países estudiados cuentan con legislaciones que establecen diferenciaciones explícitas para infracciones relacionadas con distintos tipos de drogas (Estados Unidos, Canadá, Países Bajos y Reino Unido).
- **Distinción según uso personal o comercialización:** éste es un factor considerado como agravante de la falta. Los Países Bajos lo incluyen en forma explícita en su legislación, mientras que Estados Unidos, Canadá y Reino Unido lo consideran indirectamente, mediante la revisión de los antecedentes pasados del infractor de drogas. Cabe destacar que en Estados Unidos no queda registro criminal de la falta cuando se trata de posesión para consumo propio, ya que sólo se impone una multa civil que puede llegar a los 10.000 dólares.

<sup>4</sup> El extremo en esta materia es la tolerancia de los llamados coffeeshops, locales tipo cafetería en los que se vende y consume cannabis bajo el límite de 5 gramos.

- La **producción y la comercialización** de drogas son ilegales en todos los países estudiados, y la legislación establece penas muy superiores a las aplicables por posesión en todos ellos. Al determinar la sanción correspondiente para esta clase de delitos, los cinco países toman en consideración el tipo de sustancia en cuestión y establecen penas más severas para los delitos relacionados con drogas que causan mayor daño a la salud.

Las principales diferencias entre los distintos países respecto del tratamiento de estos delitos se relacionan con las penas máximas aplicables. Por ejemplo, la venta de marihuana recibe condenas que van desde 2 años en los Países Bajos hasta presidio perpetuo en Estados Unidos, y la venta de cocaína recibe sanciones máximas que van desde 8 años en los Países Bajos hasta la cadena perpetua en Estados Unidos y Reino Unido.

Adicionalmente, existen algunas diferencias en la definición de la acción que se penaliza. Por ejemplo, Canadá y los Países Bajos distinguen entre las acciones de tráfico, producción e importación/exportación de drogas. En Estados Unidos, España y Reino Unido, en cambio, no se establecen diferencias entre tales acciones, ya que son consideradas como parte del mismo delito y, por lo tanto, tienen las mismas sanciones.

Otros delitos relacionados con la comercialización de sustancias ilegales son la venta y adquisición de bienes provenientes del tráfico de drogas, el lavado de dinero y la fabricación y venta de ciertos precursores químicos (sustancias necesarias para la elaboración de drogas ilegales). Si bien no todos los países incluyen explícitamente estos conceptos en sus leyes de drogas, algunos los incluyen en otros cuerpos legales, y otros trabajan en el desarrollo de estas legislaciones.

A modo de resumen, el Cuadro N°2 presenta una esquematización de la información presentada en esta sección.

<b>Cuadro N°2</b>	<b>Leyes de droga en los cinco países</b>				
	<b>Estados Unidos</b>	<b>Reino Unido</b>	<b>España</b>	<b>Canadá</b>	<b>Países Bajos</b>
<b>Prohibe consumo lugares públicos</b>			√*		
<b>Prohibe posesión**</b>	√	√	√	√	√
<b>Prohibe tráfico/producción**</b>	√	√	√	√	√
<b>Categoriza sustancias***</b>	√	√	√	√	√
<b>Política de persecución diferenciada</b>		√			√

\* Se considera una infracción menor y se castiga con sanciones administrativas (multa)

\*\* Las penas máximas aplicables difieren considerablemente entre países.

\*\*\* Las leyes federales de EE.UU clasifican el cannabis en la categoría asociada a las penas más duras; el resto de los países no.

Fuente: Elaboración propia a partir documentos oficiales de la legislación de cada país.

Aunque el presente documento se centra en las políticas nacionales, cabe destacar que en los países federados hay diferencias legales entre estados, lo que es particularmente relevante en el caso de Estados Unidos; por ejemplo, diferencia de penas por un mismo delito, muchas veces producto de la distinta clasificación de las drogas involucradas. Además existen diferencias en relación con la aceptación del uso médico de la marihuana. A pesar de que el gobierno federal norteamericano rechaza esta versión, argumentando que no existen estudios que comprueben la efectividad de la marihuana como parte de algunos tratamientos médicos, existen 24 estados que han promulgado leyes al respecto.

En el caso de España ocurre algo similar, ya que las Comunidades Autónomas tienen cierto espacio de discreción en algunas materias ejecutivas, aunque en lo que se refiere a política de drogas la mayor parte de las diferencias entre regiones se encuentra en la prevención del abuso de drogas y en la asistencia y reinserción social de adictos, ya que los delitos de consumo, posesión y tráfico de drogas (y sus penas) coinciden en formar parte de un mismo cuerpo legal, de carácter nacional.



### III. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

Una característica en común de la organización de los distintos países en relación con sus políticas de prevención y control de drogas es la existencia de una entidad central, encargada de la coordinación de acciones que se apoya en organismos regionales (creados especialmente o ya existentes) para la ejecución de la política en el nivel local.

El organismo central es en último término responsable del desarrollo y correcta aplicación de la estrategia nacional sobre drogas. También se encuentra dentro de sus labores principales la fijación de prioridades nacionales y la asignación del presupuesto a las distintas regiones y a las diversas áreas de intervención. Todo esto, sin perjuicio de la responsabilidad que tienen las autoridades locales de responder frente a los compromisos adquiridos y colaborar con la obtención de las metas nacionales. Esto es particularmente relevante en el caso de los estados federales, en los que las provincias tienen cierta autonomía en cuanto al desarrollo de sus políticas antidrogas (que, en todo caso, deben estar alineadas con los objetivos nacionales).

En lo que se refiere específicamente a los esfuerzos por disminuir la demanda por drogas -llevados a cabo mediante las iniciativas de prevención y tratamiento- la misión de la administración central se concentra en la coordinación, desarrollo y evaluación de programas. Otra de las tareas de esta entidad de gobierno es la de representar al país frente a instancias internacionales de acción conjunta, como las Naciones Unidas o la Comunidad Europea.

La implementación de la política de drogas, por lo general, es responsabilidad de las autoridades locales y las organizaciones regionales, aunque existen casos en que hay programas desarrollados directamente por la entidad central.

Algunos países, entre ellos Estados Unidos y Reino Unido, utilizan un modelo de trabajo descentralizado, que da gran importancia a las organizaciones locales, especialmente en la etapa de ejecución. Tal es el caso de los *Drug Action Teams*, que constituyen la piedra angular de la estrategia nacional de drogas del Reino Unido; su misión es adaptar los lineamientos nacionales a las circunstancias locales, y así potenciar los resultados obtenidos con cada intervención.

Otras organizaciones que participan en la planeación o en la ejecución de las políticas de drogas de los distintos países son: el Ministerio de Salud<sup>5</sup>, con participación en el área de tratamiento; el Ministerio de Educación<sup>6</sup>, que contribuye principalmente en las iniciativas de prevención del consumo; el Servicio de Aduanas, que desempeña un papel fundamental en los esfuerzos por controlar la comercialización ilegal de estupefacientes; y los Cuerpos de Policía, que realizan incautaciones, arrestos e investigaciones para reprimir la acción delictiva en torno a las drogas; entre otros.

Instituciones no gubernamentales dedicadas a la investigación y difusión de información en relación con el consumo y tráfico de drogas también tienen un papel importante en el desarrollo de las estrategias nacionales. Además, tienen a cargo la aplicación de ciertos programas, ya sea con fondos propios o con recursos estatales, debiendo ajustar su acción a los estándares fijados por el gobierno en este último caso.

Los organismos centrales involucrados en las estrategias de cada país se presentan a continuación en el Cuadro N°3.

<b>Cuadro N°3</b>		<b>Dirección y coordinación de la estrategia nacional de drogas</b>				
	<b>Estados Unidos</b>	<b>Reino Unido</b>	<b>España</b>	<b>Canadá</b>	<b>Países Bajos</b>	
<b>Unidad a cargo:</b>	ONDCP*	Drug Strategy Directorate	Delegación Nacional para el PNSD**	Comité Directivo y Grupo de Trabajo	-	
<b>Depende de:</b>	Casa Blanca	Ministerio del Interior	Ministerio del Interior	Ministerio de Salud	Ministerios de Salud (dirige), Justicia e Interior	

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos oficiales de la legislación de cada país.

\* ONDCP: Office of the National Drug Control Policy.

\*\* PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas.

<sup>5</sup> O su equivalente en cada país.

<sup>6</sup> Idem.

## IV. LAS ESTRATEGIAS SOBRE DROGA

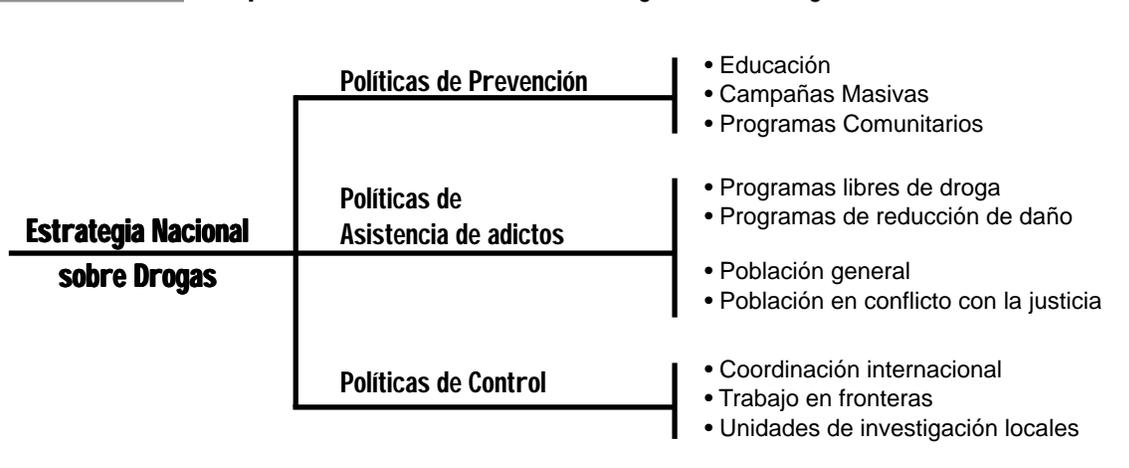
Los cinco países elegidos para este estudio cuentan con estrategias nacionales formales sobre drogas. En sus primeras versiones, ellas fueron elaboradas entre 1985 (España) y 1995 (Países Bajos), aunque en todos los países ya había entonces planes y programas en ejecución. Sin embargo, no fue hasta este período que el tema adquirió relevancia nacional y se constató la importancia de abordar el problema integralmente mediante el trabajo conjunto de diversas instituciones públicas y privadas, lo que estimuló la definición de una política nacional al respecto (Ver Cuadro N°4).

**Cuadro N°4** Primera estrategia nacional sobre drogas

<b>España</b>	1985
<b>Canadá</b>	1987
<b>Estados Unidos</b>	1989
<b>Reino Unido</b>	1990
<b>Países Bajos</b>	1995

Fuente: Elaboración propia a partir documentos oficiales de cada país.

Al comparar las distintas estrategias se observa que, a pesar de las diferencias culturales de los cinco países, los principios subyacentes a sus estrategias nacionales sobre drogas son similares. Así, todas ellas cuentan con elementos de prevención, para evitar la creación de nuevos consumidores, y de asistencia de adictos, para lograr que algunos consumidores dejen de serlo o bajen su nivel de uso, ambas acciones en el marco de la reducción de demanda. También los cinco países cuentan con acciones de control (reducción de oferta), desarrolladas principalmente mediante la aplicación de las leyes vigentes. El Recuadro N°1 presenta una esquematización de las áreas contenidas en las distintas estrategias.

**Recuadro N°1 Componentes en común de las estrategias sobre drogas**

Fuente: Elaboración propia a partir documentos oficiales de cada país.

Las diferencias de una estrategia a otra se relacionan con lo que se pretende lograr en estas tres áreas y con la importancia relativa que se le da a cada una de ellas. De este modo, el área de prevención, por ejemplo, está más desarrollada en países como Estados Unidos, con una clara orientación hacia la eliminación del consumo (más que a la reducción de los daños asociados a la utilización de drogas).

En el Recuadro N°2 se muestran algunas de las principales semejanzas entre las cinco estrategias analizadas en este documento.

**Recuadro N°2 Principales semejanzas de las cinco estrategias.**

- *Todas las estrategias nacionales incluyen elementos de reducción de demanda (prevención y asistencia de adictos) y reducción de oferta (control).*
- *Todas las estrategias nacionales abordan el vínculo droga–delincuencia y contienen programas especiales de asistencia de adictos en conflicto con la justicia.*
- *Todos los países reconocen que el fenómeno de las drogas desconoce fronteras. Por ello, se asigna gran importancia a la coordinación internacional y a la participación en instancias supranacionales (Naciones Unidas, Comunidad Europea, etc.).*
- *En prevención y asistencia de adictos, el papel del nivel superior de gobierno es guiar, evaluar, diseminar “buenas prácticas” y financiar programas (total o parcialmente). La elección de los programas se define en varios niveles (algunos son desarrollados directamente por el gobierno central, otros por niveles intermedios y otros por la misma entidad ejecutora), mientras que la ejecución queda generalmente en manos de ONG.*
- *Todas las estrategias nacionales involucran varias unidades y niveles de gobierno, y se destaca la importancia otorgada a la coordinación de esfuerzos.*
- *Todos los países han pasado por etapas de redefinición de estrategias, en las que, luego de un proceso de evaluación, se adecuan las políticas para reforzar las áreas débiles e incorporar los cambios en el entorno, como surgimiento de nuevas drogas, nuevas formas de narcotráfico, etc.*

Fuente: Elaboración propia a partir documentos oficiales de cada país.

A continuación se describen en mayor detalle las diversas áreas de acción contenidas en las estrategias nacionales de cada país.

## 1. Metas y objetivos

Los principales objetivos que se pueden identificar en las estrategias nacionales sobre drogas están relacionados con la disminución del consumo de sustancias estupefacientes o con la disminución del daño que su utilización provoca a la salud. Así, en cada país se definen objetivos generales que van en línea con la orientación global de su estrategia.

Por ejemplo, países como Estados Unidos -que representa uno de los enfoques más conservadores en materia de políticas de control de drogas- tiene objetivos relacionados con la disminución del consumo (acorde con su aspiración de lograr una sociedad libre de drogas), mientras que los Países Bajos -que representan el otro extremo, con uno de los enfoques más liberales en este tema- tienen objetivos que apuntan en la dirección de la estabilización del consumo y la disminución de los daños ocasionados por las drogas. Con todo, la mayoría de los países cuenta con objetivos en ambas líneas, difiriendo en la importancia relativa que se le asigna a cada una de ellas.

En el Recuadro N°3, se presentan, a grandes rasgos, los objetivos generales establecidos por las estrategias nacionales de los cinco países en estudio.

### Recuadro N°3 Objetivos generales de las estrategias nacionales sobre drogas

<b>EE.UU.</b> _____	Reducir el consumo habitual de todas las drogas ilegales
<b>Reino Unido</b> _____	Reducir el consumo y el daño asociado; principalmente cocaína y heroína.
<b>España</b> _____	Reducir el abuso vía prevención y, cuando no es posible, el daño asociado.
<b>Canadá</b> _____	Reducir el daño en el individuo, su familia y la comunidad.
<b>Países Bajos</b> _____	Reducir el daño en el individuo, su entorno y la sociedad.

Fuente: Elaboración propia a partir documentos oficiales de cada país.

Además de los objetivos generales que se plantea cada país en materia de drogas, existen metas específicas que se proponen cumplir en plazos determinados, para asegurarse de estar avanzando en el sentido correcto. El grado de especificidad con que se estipulan estas metas varía de un país a otro, desde las metas cuantificables con plazos determinados y bases de medición previamente establecidas, como el caso de Estados Unidos (Ver Recuadro N°4), hasta lineamientos generales que definen el sentido en que se actúa, pero sólo cuentan con metas cualitativas, sin que exista un elemento numérico

que permita evaluar de manera imparcial los avances logrados, como el caso de España, Canadá y los Países Bajos (Ver Recuadro N°5). Situaciones intermedias son las de países como el Reino Unido, en que se fija una meta cuantitativa, pero no se determina la base respecto de la cual se deben medir los progresos, por lo que los avances logrados no se pueden determinar en forma objetiva.

#### Recuadro N°4 Metas de la estrategia nacional de control de drogas de Estados Unidos

##### Metas a dos años:

- *Reducir en 10% el uso habitual de drogas ilegales de los jóvenes entre 12 y 17 años.*
- *Reducir en 10% el uso habitual de drogas ilegales de los adultos mayores de 18 años.*

##### Metas a 5 años:

- *Reducir en 25% el uso habitual de drogas ilegales de los jóvenes entre 12 y 17 años.*
- *Reducir en 25% el uso habitual de drogas ilegales de los adultos mayores de 18 años.*

**Nota:** Como base de comparación se utilizarán los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional Domiciliaria de Abuso de Drogas del año 2000. El "uso habitual" corresponde a la prevalencia mes, y "todas las drogas ilegales" incluye marihuana, cocaína, crack, heroína, metanfetamina y otras.

Fuente: ONDCP "National Drug Control Strategy 2002".

#### Recuadro N°5 Metas de la estrategia nacional de control de drogas de Canadá

- *Reducir la demanda de drogas.*
- *Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a las drogas.*
- *Mejorar la efectividad y la accesibilidad a la información e intervenciones en abuso de sustancias.*
- *Restringir la disponibilidad de drogas ilegales y reducir la rentabilidad del tráfico.*
- *Reducir el costo que el abuso de sustancias le impone a la sociedad canadiense.*

Fuente: "Canada's Drug Strategy 1998".

## 2. Política de prevención

Más allá de las diferencias en las prioridades de acción y en el énfasis que se da a ciertos componentes de las respectivas estrategias nacionales sobre drogas, existen elementos que trascienden y que se reiteran en todos los países. Dentro de las políticas de prevención se da esta misma situación.

Todos los países analizados cuentan con programas de prevención del consumo de drogas. Entre ellos, Canadá y Estados Unidos reconocen explícitamente que la prevención constituye la intervención más eficiente desde una perspectiva costo-beneficio, ya que para la sociedad es más barato evitar el consumo antes de que ocurra, que lidiar con las consecuencias de éste (tratamiento, procesamiento judicial, etc.).

Una característica común de las acciones llevadas a cabo en esta materia en las distintas regiones es la diversidad de ámbitos en que se desarrollan estas iniciativas, que incluyen intervenciones en el ambiente escolar, laboral, comunitario, deportivo, comunicacional, etc.. En este contexto, los programas escolares de prevención son los que se encuentran más ampliamente diseminados. Una posible explicación es que la mayoría de los usuarios de drogas se inicia en el consumo mientras está en el colegio<sup>7</sup>, por lo que los esfuerzos preventivos se concentran en esta área. Incluso se podría afirmar que el eje central de los esfuerzos preventivos de cada país es la educación.

La prevención masiva también es una práctica generalizada, a pesar de las escasas evaluaciones de impacto que respalden su efectividad en términos de reducción del consumo. Los programas comunitarios, aunque en menor medida, también son populares, especialmente en Estados Unidos y el Reino Unido, donde éste es considerado uno de los elementos centrales de sus estrategias.

Además de los esfuerzos preventivos dirigidos a la población general, como los descritos anteriormente, existen iniciativas de prevención dirigidas a grupos específicos de la población, que, por lo general, apuntan a personas con mayor riesgo de entrar en contacto con ciertas drogas. Es el caso de los programas orientados a la prevención del consumo de drogas sintéticas en centros nocturnos, especialmente en fiestas "electrónicas". Entre ellos se destacan las iniciativas de testeo de pastillas (*pill-testing*) desarrolladas en los Países Bajos, en las que usuarios de éxtasis y otras drogas sintéticas pueden someter sus píldoras a un análisis que determina si la sustancia es efectivamente lo que dice ser, y no otra droga que pueda provocar reacciones adversas. Además, estos programas son considerados como una forma adecuada de acceder a ciertos jóvenes y entregarles información sobre los riesgos del consumo de estas drogas y sobre las alternativas de

<sup>7</sup> SAMHSA, 1999 National Household Survey on Drug Abuse. Citado en ONU: "World Drug Report 2000".

tratamiento. Estas iniciativas son reconocidas por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y han sido aplicadas de forma experimental en otros países de Europa, incluyendo Austria, Bélgica, España, Alemania y Francia.

En este mismo ámbito, se desarrolló en Reino Unido durante el año 2002 un documento informativo llamado “*Safer Clubbing*” dirigido a los dueños de los locales de diversión nocturna. Como primer objetivo de este plan se pretendía disminuir el consumo de drogas dentro de estos locales. En segunda instancia, se buscaba reducir los daños asociados a su consumo, por la difusión de información sobre medidas de seguridad tales como contar con vías de ventilación adecuadas, fuentes de agua potable (para prevenir la deshidratación), personal que reconozca una intoxicación y sepa cómo reaccionar frente a ella, etc.

### 3. Política de asistencia de adictos

Junto con las políticas de prevención y de control, la asistencia de adictos constituye uno de los pilares de toda estrategia nacional sobre drogas. Las iniciativas que se enmarcan en esta categoría están dirigidas específicamente a los usuarios dependientes y abusadores, que son los que requieren de tratamiento para poder dejar las drogas o reducir el daño asociado. Si bien se estima que la prevención es la política más eficiente en términos de costos, también es cierto que una vez que la condición de abuso ya existe, el tratamiento se presenta como una buena alternativa, ya que su costo es inferior a los beneficios que se obtienen de él (en términos de ahorro en seguridad social, salud pública, delincuencia, etc.).

Los programas de asistencia de adictos pueden ser clasificados en dos grandes grupos, situación que se condice con las dos tendencias que existen en cuanto a los objetivos generales de cada estrategia nacional. El primero contiene los programas que aspiran a lograr la abstinencia total de sus participantes, es decir, se trata de programas libres de drogas; el segundo, incluye los programas cuyo objetivo es la reducción del daño provocado por el consumo de sustancias ilegales.

Como primera similitud entre las estrategias analizadas, se encuentra que cuatro de los cinco países en estudio cuentan con intervenciones en ambas áreas de tratamiento, entre las que se encuentran: programas residenciales y de desintoxicación (libres de drogas), y programas de intercambio de jeringas y sustitución con medicamentos (reducción de daño). La excepción la constituye el gobierno federal de Estados Unidos, que sólo respalda programas libres de drogas. No obstante, existen iniciativas de reducción de daño en el nivel estatal; por ejemplo, Nueva York cuenta con programas de intercambio de jeringas, Los Ángeles tiene programas de sustitución con metadona, etc.

Especial interés despierta el caso de los Países Bajos, por su fuerte orientación a la reducción de daños. El objetivo del gobierno es lograr la integración social de los adictos

—que, por lo general, son vistos como pacientes más que como infractores de ley— por lo que la meta que se persigue es mejorar sus condiciones de vida y limitar el deterioro de su salud. Por este motivo, se utilizan programas de sustitución con medicamentos para el tratamiento de adictos con alto grado de dependencia (principalmente heroinómanos). El 95% de estas iniciativas corresponde a programas de mantención, es decir, no aspiran a reducir la dosis con el tiempo. Incluso existen programas de prescripción de heroína para adictos crónicos. Esta iniciativa —una de las más criticadas por los países más conservadores— también ha sido aplicada en el Reino Unido, pero con un uso muy restringido: pocos doctores cuentan con la licencia necesaria, y muy pocas personas reciben este tratamiento.

Un segundo punto de encuentro entre las distintas políticas de asistencia de adictos es la preocupación por la relación entre droga y delincuencia. En forma adicional a los programas para la población general, cada estrategia contempla intervenciones dirigidas especialmente a personas que se encuentran en conflicto con la justicia. Además, el sistema judicial es considerado como una instancia adecuada para entrar en contacto con aquellas personas que son incapaces de superar su problema de abuso de drogas por sí mismas, pero que no reconocen que necesitan ayuda, que es lo que ocurre en la mayoría de los casos. De hecho, se ha estimado que, de las personas que requieren tratamiento y no lo están recibiendo, menos del 10% *piensa* que necesita ayuda<sup>8</sup>.

En este contexto, se encuentran las denominadas “Cortes de Droga”, tribunales por medio de los cuales el sistema judicial atiende de forma separada a quienes infringen la ley como consecuencia de una adicción, y les asigna sanciones diferenciadas. Dirigido específicamente a adictos no violentos involucrados en actividades delictivas para financiar su hábito, este tribunal sustituye penas de reclusión por tratamiento de rehabilitación supervisado intensivamente por la corte mediante exámenes aleatorios. El monitoreo y la evaluación de progresos son dos componentes críticos que el sistema utiliza para alcanzar sus metas de abstinencia de consumo y disminución de la reincidencia delictual.

Así, se utiliza el poder coercitivo del sistema judicial para reducir el consumo de drogas. Una vez terminado el tratamiento, las personas reciben una desestimación de los cargos o bien una reducción del período de libertad vigilada. Los beneficios ofrecidos bajo este sistema, incentivan la participación en estos programas, lo que permite a las autoridades atacar la causa de los problemas —la adicción— y de esta manera disminuir la probabilidad de que se vuelvan a cometer delitos. Además, se calcula que el costo de este tipo de programa por participante es inferior al 10% del costo de reclusión<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2000.

<sup>9</sup> National Association of Drug Court Professionals (NADCP). “Facts on drug courts”, enero 1999. Citado en: James y Sawka, “Drug Treatment Courts: Substance Abuse Intervention within the Justice System”. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, noviembre 2000.

Este sistema ha sido instaurado con algunos matices, en tres de los países analizados en este documento: Estados Unidos, Reino Unido y Canadá, siendo el primero de ellos el que se encuentra más avanzado en la materia, ya que esta instancia existe desde 1989. En Reino Unido y Canadá, en cambio, recién fue introducida en 1998.

Más allá de la existencia de una entidad formalmente diseñada para tratar los delitos relacionados con drogas, todos los países cuentan con procedimientos o penas alternativas para este tipo de infracciones. El Cuadro N°5 ilustra esta situación.

<b>Cuadro N°5</b>		
<b>Proceso judicial para consumidores de droga en conflicto con la ley</b>		
	<b>Existen "CORTES DE DROGA"</b>	<b>Alternativas al procedimiento regular</b>
<b>Estados Unidos</b>	√	
<b>Reino Unido</b>	√	
<b>España</b>		Derivación a tratamiento desde juzgados
<b>Canadá</b>	√	
<b>Países Bajos</b>		"Sistema de intervención temprano"

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos oficiales de cada país.

Los resultados obtenidos por estos programas son bastante positivos. Estudios de 1997 indican que los índices de reincidencia se ven reducidos drásticamente. La tasa de reincidencia fluctúa entre 5% y 28% para quienes estuvieron involucrados en el programa en algún punto de su proceso, y sólo 4% para quienes completaron satisfactoriamente el programa. Esto se compara con el 45% de probabilidad de reincidencia de quienes no participan de las Cortes de droga<sup>10</sup>.

Además de las cortes de droga, existen otros programas destinados a quienes están en conflicto con la justicia; por ejemplo, las alternativas de tratamiento dentro de los recintos penales. Todos los países estudiados cuentan con programas de asistencia de adictos en este ámbito, destacando España por la variedad de tratamientos ofrecidos y por la amplitud de su cobertura (todas sus cárceles implementan iniciativas de prevención y educación para la salud, que buscan motivar a los dependientes a buscar tratamiento y evitar que nuevos internos comiencen a utilizar drogas). El Reino Unido también cuenta con un plan nacional en esta materia, mediante el cual se proporciona a los reclusos orientación, evaluación, referencia, consejo y atención (CARAT, por su sigla en inglés).

<sup>10</sup> American University's Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, "Summary Assessment of the Drug Court Experience", 1997.

## 4. Política de control

Todos los países cuentan dentro de sus estrategias con políticas de control de drogas orientadas a reducir la oferta y la demanda por drogas mediante las leyes vigentes. En todos los casos, el énfasis está puesto en el control de la disponibilidad de drogas, más que en el del consumo y porte ilegal, que también se atacan desde otros frentes, como prevención y tratamiento.

Para desarticular el mercado de la droga se ataca al mercado en todos sus niveles, desde la etapa de producción hasta el microtráfico. Para controlar la comercialización interna de drogas ilegales, la mayoría de los países cuenta con unidades especializadas de investigación con la tarea de dismantelar las organizaciones de tráfico dentro del país. Al mismo tiempo, se utiliza a los cuerpos de policía locales para controlar la venta de drogas al por menor, tratando de dar prioridad a aquellos sectores de alta intensidad de tráfico.

En relación con el resguardo de las fronteras -uno de los lugares más aptos para interceptar cargamentos ilegales- el servicio de aduanas de cada país desempeña un papel fundamental, lo mismo que las instituciones de investigación abocadas al dismantelamiento de redes de narcotráfico internacional. Destaca la preocupación de todos los países por actuar en forma conjunta para desarticular las bandas e, incluso, para trabajar destruyendo cultivos en los países de origen, de manera de eliminar las fuentes de abastecimiento de sustancias ilegales. Por ejemplo, Estados Unidos cuenta con un plan denominado Iniciativa Andina Contra las Drogas, que durante el año 2003 recibirá 731 millones de dólares, la mitad para erradicación y destrucción de cultivos, y el resto para desarrollo de cultivos alternativos y apoyo al fortalecimiento institucional local.

Cabe destacar la política de control diferenciado llevada a cabo en los Países Bajos, donde los recursos del presupuesto de control se asignan en su mayoría a la represión del tráfico en gran escala y principalmente de drogas duras, entre ellas la cocaína y la heroína, aunque, por las nuevas tendencias de consumo, el foco ha cambiado hacia el éxtasis en los últimos años. Esta distinción entre tipos de drogas dentro de la política de control, también existe en el Reino Unido, donde los esfuerzos se concentran en el control en las drogas clase A (principalmente cocaína y heroína). Este cambio en la orientación de la política de control de drogas de este país se ha visto reflejada en las incautaciones por tipo de droga. Mientras los decomisos de cocaína y heroína han aumentado, los de cannabis tienden a disminuir<sup>11</sup>.

Para tener una noción de la cantidad de droga requisada en cada país, el Cuadro N°6 presenta las incautaciones de las principales drogas llevadas a cabo durante el año 2000

<sup>11</sup> Martin Corkery, John, "Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000", mayo 2002.

en los cinco países en estudio. Se recomienda cautela en la interpretación de los datos correspondientes a cannabis, ya que cada país los construye de distinta forma.

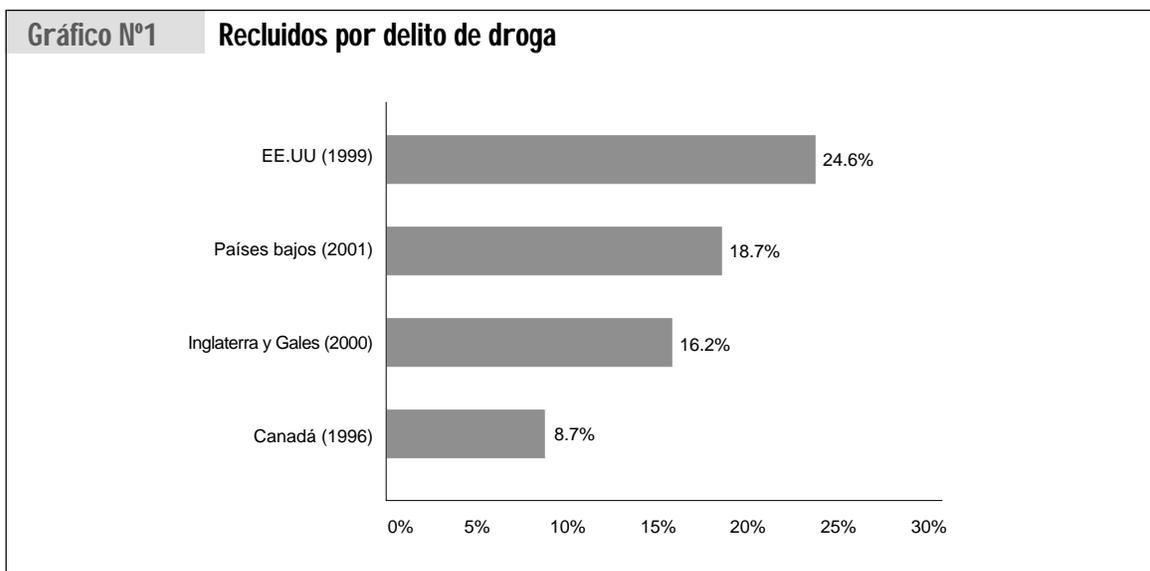
<b>Cuadro N°6</b>		<b>Incautaciones de las principales drogas (Kg), año 2000.</b>		
	<b>Cocaína</b>	<b>Heroína</b>	<b>Cannabis</b>	
<b>España</b>	6.165	485	474.505 <sup>1</sup>	
<b>Canadá</b>	1.851	168	44.916 <sup>2</sup>	
<b>Estados Unidos</b>	56.002	581	645.693 <sup>3</sup>	
<b>Reino Unido</b>	3.944	3.381	73.500 <sup>4</sup>	
<b>Países Bajos</b>	6.472	896	39.920	

1 = Sólo hachís 2 = Más 1.102.198 plantas 3 = Sólo marihuana 4 = Más 47.800 plantas.

Fuentes: Ministerio del Interior, Oficina Central Nacional de Estupefacientes 2000; Drug Situation in Canada 2001; Federal-wide Drug Seizure System DEA 2000; Drug Seizure and Offender Statistics UK 2000; National Drug Monitor 2001 Annual Report.

La detección de cargamentos ilícitos es sólo una de las áreas en que se ven reflejados los resultados de las políticas de control. Un segundo indicador se relaciona con la identificación de personas involucradas en la comercialización ilegal de drogas. En este ámbito, algunos países cuentan con estadísticas sobre el número de detenciones o denuncias de delitos relacionados con drogas (venta, manufactura, posesión). La distribución por tipo de delito cometido y por droga asociada varía de un país a otro. Por ejemplo, más de la mitad de los delitos de drogas cometidos en Canadá el año 2001 fueron por posesión (proporción que sobrepasó el 70% al considerar sólo los delitos por cannabis). Además, 78% de los delitos de tráfico y posesión de drogas se relacionaron con cannabis. En Estados Unidos, el año 2000, el 78,7% de las personas detenidas por drogas estaba acusada por delitos de posesión; en España, 67,1% de los detenidos y denunciados por tráfico de drogas en año 2001 se relacionaba con cannabis.

Como la sanción que recibe una parte importante de los condenados por delitos de drogas es la reclusión, resulta interesante comparar la proporción de personas cumpliendo condena en las cárceles por violaciones de este tipo. De hecho, un porcentaje relativamente alto de la población penal de los países en estudio está allí por delitos relacionados con drogas. El Gráfico N°1 presenta cifras al respecto, aunque se debe considerar sólo como una referencia, pues las mediciones no son directamente comparables entre países, ya que datan de distintas fechas y las formas de agrupar la información difieren de un país a otro.



Fuentes: ONDCP Annual Report 2002; Statistics Netherlands 2001 ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)); The Prison Population in 2000: a Statistical Review; Adult Correctional Services Survey 1996.

Nota: España no cuenta con estadísticas disponibles.

En relación con la composición de estos reclusos, se sabe que los varones componen la gran mayoría de ellos (87,4% en los Países Bajos, 88,8% en Reino Unido, etc.) Además, prevalecen las personas jóvenes. Por ejemplo, en los Países Bajos el 73% de los procesados por drogas tiene entre 20 y 49 años.

## 5. Aspectos internacionales

Debido a la naturaleza del problema de las drogas, que es concebido como un fenómeno que trasciende las fronteras, la cooperación internacional es un área de especial importancia para todos los países analizados. Por eso, se desarrollan numerosos esfuerzos, tanto bilaterales como multilaterales, aunque sin desconocer las diferencias entre los problemas que enfrenta cada nación, y con ello la necesidad de soluciones locales.

Las convenciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre este tema son el marco de referencia a partir del cual se generan estos acuerdos de cooperación internacional. Las tres principales convenciones son:

- Convención Única sobre Drogas Narcóticas de 1961.
- Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
- Convención contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (también conocida como Convención de Viena).

Este último acuerdo es particularmente exhaustivo y comprende desde la producción

hasta el consumo, incluyendo el control de precursores químicos, lavado de dinero, etc. Los cinco países que forman parte de este estudio están suscritos a estos acuerdos de la ONU. Esta interconexión permite facilitar el intercambio de información y fijar estándares internacionales para el control de ciertas sustancias de manera de avanzar como bloque en un mismo sentido.

La entidad encargada directamente de esta actividad es la Oficina de Control de Drogas y Prevención del Crimen (ODCCP) -que es el líder mundial en esta materia-específicamente mediante su Programa Internacional de Control de Drogas (UNDCP). Creado en 1991, el UNDCP tiene como objetivo educar al mundo respecto de los peligros del abuso de drogas. El programa apunta a fortalecer la acción internacional en contra de la producción, el tráfico y la delincuencia asociada a las drogas mediante proyectos de desarrollo alternativo, monitoreo de cultivos y programas contra el lavado de dinero. El UNDCP también provee estadísticas globales y asiste a los países en la implementación de los tratados de la ONU, en el desarrollo de políticas nacionales y en el impulso de algunos proyectos específicos.

Los Países Bajos participan activamente en las decisiones de esta agencia, ya que es un donante importante del programa; lo mismo que Estados Unidos y Reino Unido. Canadá también tiene un papel protagónico por medio de su participación en la Comisión de Drogas Narcóticas. De igual modo, el Reino Unido ha participado en instancias decisivas mediante su máximo representante en materia de control de drogas, quien ha liderado misiones de la ONU contra el narcotráfico.

Los países miembros de la Comunidad Europea (entre ellos España, Reino Unido y Países Bajos), además de participar en actividades de la ONU, participan de los acuerdos de la Comunidad en relación con el tema drogas, entre los cuales existe desde 1998 una Estrategia Europea de Drogas. Esta instancia permitió la formación del Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías, entidad que proporciona la información necesaria para abordar el problema desde un enfoque global, ya que trabaja para recoger, analizar y difundir datos objetivos, fiables y comparables.

El desarrollo de acciones grupales encaminadas al control del tráfico, la producción y el consumo de drogas, también forman parte de este protocolo, lo mismo que la definición (o creación) de instituciones responsables de estas tareas. Por ejemplo, la Oficina Europea de Policía (Europol), es la encargada de luchar contra el tráfico dentro de la Unión y de fomentar la cooperación policial y aduanera entre los Estados miembros.

Otra agrupación internacional de colaboración en materia de control de drogas es el grupo G8, que como coalición de los países más poderosos del mundo, otorga su apoyo a las iniciativas emprendidas por las Naciones Unidas. De los países estudiados, Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido forman parte de este grupo y, por ende, cumplen con trabajar en la reducción de la demanda en sus respectivas naciones y atacar la oferta de drogas en forma conjunta. En el comunicado de Okinawa, de julio de 2000, se dio especial importancia al comercio ilegal de precursores químicos para la producción de

drogas controladas y al aumento en el consumo de drogas sintéticas.

Adicionalmente, existen iniciativas de trabajo bilaterales, formuladas principalmente entre los países que comparten fronteras, aunque también existen en otras circunstancias. Por ejemplo, España cuenta con acuerdos de cooperación con Bolivia y Ecuador; el Reino Unido trabaja en conjunto con Bulgaria para ayudarla a alcanzar los estándares en materia de drogas exigidos para formar parte de la Unión Europea y también tiene convenios con algunas regiones productoras de drogas (Colombia, el Caribe) y de tránsito (Irán, Pakistán y los Balcanes). Canadá es un ejemplo de trabajo compartido con Estados Unidos, debido a la extensa frontera que comparten. De hecho en 1997 se estableció un Foro Canadiense-Estadounidense para el crimen fronterizo con el objeto de fortalecer la cooperación y el intercambio de información entre ambos países. Finalmente, los Países Bajos prestan especial atención a su relación con los países vecinos debido a la existencia del narcoturismo, por lo que intenta que cada país cuente con oferta de tratamiento para sus respectivos adictos. También coopera en el desarrollo de las estrategias de drogas de las Antillas Holandesas y de Aruba.

Por último, existen instancias específicas de relación entre países como foros internacionales organizados para tratar temas específicos, que no derivan en convenios de largo plazo, pero que sirven para unificar criterios y potenciar las relaciones de trabajo.

## 6. Presupuesto

Los recursos que los gobiernos asignan a sus estrategias de drogas varían notablemente de un país a otro. Asimismo, la distribución de fondos entre las distintas áreas de intervención difieren, ya que por lo general van en línea con los objetivos de cada estrategia nacional.

Una diferencia notoria entre los países en estudio, corresponde a la calidad de la información presupuestaria disponible. Por ejemplo, países como Estados Unidos publican informes periódicos en los que se da cuenta detallada de los gastos incurridos y proyectados; en cambio, países como Canadá ni siquiera cuentan con información disponible para las autoridades a cargo de las decisiones de política de drogas, ya que no se lleva registro de los gastos directamente atribuibles a la estrategia nacional de drogas. Por este motivo, el presente informe sólo cuenta con estimaciones de los gastos de Canadá. Similar es el caso de los Países Bajos, ya que la información disponible respecto de este tema es escasa y sólo se cuenta con rangos de gasto estimados.

En el Cuadro N°7 se presentan el presupuesto total asignado por cada país a las estrategias nacionales de drogas, el presupuesto per cápita y el presupuesto como porcentaje del PIB.

**Cuadro N°7** Presupuesto de drogas por país

	Estados Unidos (Gov. Federal)	Reino Unido	España (Adm. Central y CC.AA)	Canadá	Países Bajos
<b>Presupuesto drogas</b> (millones de dólares)	18.095	1.576	257*	295**	s/i
<b>Año al que corresponde</b>	2001	2001/02	2000	1999/ 2000	s/i
<b>Presupuesto drogas per cápita (USD por habitante)</b>	64	23	6	10	s/i
<b>% presupuesto droga / PIB</b>	0,18%	0,10%	0,04%	0,04%	s/i
<b>Evolución en el tiempo</b>	alza	alza	alza	s/i	s/i

\* No incluye política de control

\*\* Estimación del Senado sobre la base de datos parciales

Nota: 1USD = 0,96 euros (31 diciembre 2002).

Fuente: Elaboración propia a partir de información presupuestaria oficial de cada país e información demográfica de las Naciones Unidas

Al comparar estos datos, se debe tener en cuenta que la forma en que se organiza la información es un aspecto en que los países se diferencian, ya que no todos incluyen los mismos ítems en sus respectivos presupuestos. Además, en algunos casos sólo se cuenta con el presupuesto federal (dejando fuera los recursos estatales), o se incluye sólo los fondos destinados al control de la demanda y no de oferta, etc..

Con todo, en los tres países que disponen de información hay presupuestos que han evolucionado al alza, lo que refleja la creciente preocupación de los gobiernos por el problema de la droga.

En cuanto a la descomposición del presupuesto por áreas de intervención, sólo Estados Unidos y Reino Unido llevan cuenta oficial al respecto. El Reino Unido contempla 43% en asignaciones para control de la oferta de drogas -porcentaje bajo en comparación con el 67% de Estados Unidos-, y 38% en tratamiento -superior al 19% que gastan los estadounidenses. En cuanto al gasto en prevención, uno de los aspectos más destacados en todas las estrategias nacionales, se observa que un bajo porcentaje de los recursos se destina a este tipo de iniciativas (19% en Reino Unido y 14% en Estados Unidos). Una posible explicación de esta situación es el bajo costo de los programas preventivos en relación con los de control y asistencia, por lo que, a pesar del énfasis que se le da a la prevención en términos de estrategia, esto no se ve reflejado en términos de presupuesto.

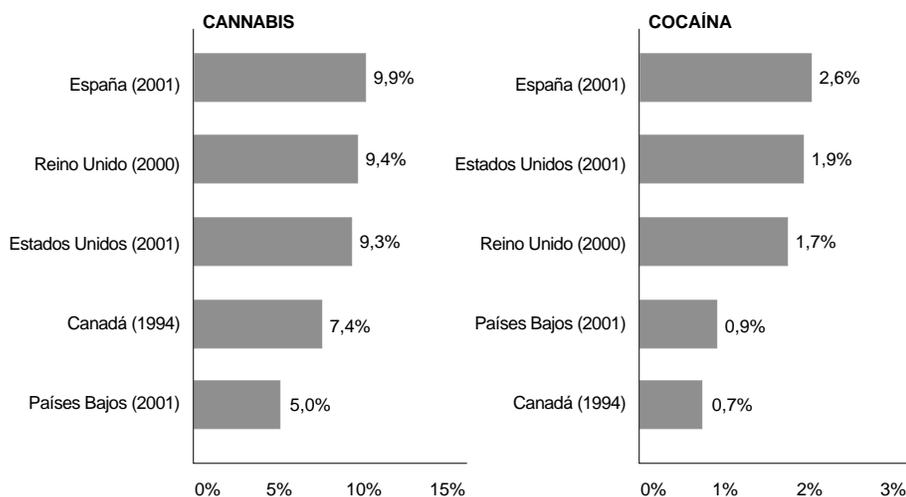
Finalmente, es interesante destacar un punto en común en las estrategias nacionales de España y Reino Unido, que corresponde a una de sus fuentes de fondos: el llamado Fondo de Bienes Decomisados (España) y el Fondo de Activos Confiscados (Reino Unido). Estos fondos representan una proporción de los bienes requisados en los procesos de desarticulación de bandas de narcotráfico y otros delitos relacionados con drogas. Desde que fue creado en 1999, el fondo inglés ha recaudado más de 15 millones de dólares, que han sido utilizados para financiar actividades de reducción de oferta y demanda que permiten reducir el impacto negativo de las drogas en la sociedad.

## V. RESULTADOS OBTENIDOS

La evaluación de los resultados obtenidos por cada estrategia nacional de control de drogas debe ser hecha de acuerdo con las metas trazadas en su etapa de plan. Por eso, los indicadores más adecuados para cada país varían, aunque en general todos tienden a buscar los mismos objetivos, sobre todo en cuanto a disminuir el consumo. Las metas de reducción de daños son distintas; por ejemplo, Estados Unidos no las incluye en su estrategia. Los demás países, en general, cuentan con mediciones similares entre sí, incluyendo: contagio de SIDA mediante jeringas contaminadas, muertes asociadas al consumo de drogas (por sobredosis o por SIDA), porcentaje de usuarios que se inyecta, etc.

Antes de comenzar con la presentación de los resultados obtenidos por las distintas estrategias, es interesante conocer los niveles de consumo de drogas en los respectivos países, para tener una idea de la situación que se da en cada región. Para ello, en el Gráfico N° 2 se presentan las prevalencias anuales de consumo de las principales drogas, vale decir, cannabis y cocaína. Lo que indica este número es el porcentaje de entrevistados que declara haber consumido la sustancia al menos una vez durante el año previo a la encuesta. Medidas similares son la prevalencia vida y la prevalencia mes, pero en relación con el consumo alguna vez en la vida o en los 30 días previos a la encuesta, respectivamente. Estos tres indicadores constituyen una de las principales medidas de consumo de drogas en los países estudiados y por lo tanto se utilizan recurrentemente en este informe.

Es necesario tener en consideración que las metodologías utilizadas en los estudios que dan origen a estos datos son distintas en cada país y, además, que las fechas de medición difieren, por lo que se debe tener precaución al comparar directamente las cifras.

**Gráfico N°2 Consumo de cannabis y cocaína en la población general (Prevalencia año)**

Fuentes: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de drogas en España 2001, National Household Survey on Drug Abuse 2001 (USA), British Crime Survey 2000, Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands 2001, y National Alcohol and Other Drugs Survey 1994 (Canadá).

Una vez conocidos estos antecedentes, a continuación se presentan los resultados obtenidos en cada país separados en las dos principales áreas de acción: disminución del consumo y reducción de daños.

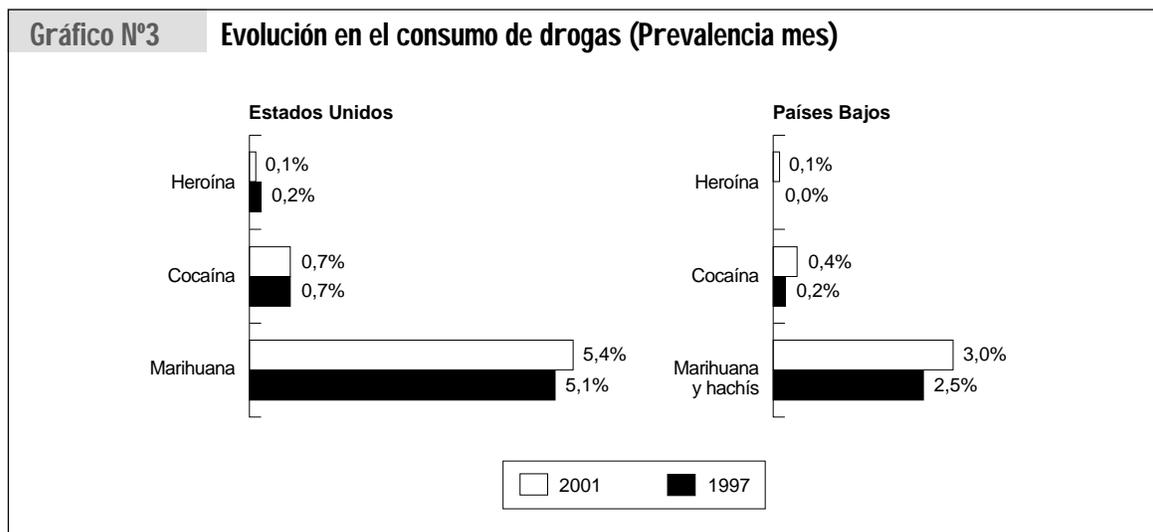
## 1. Disminución del consumo

La información disponible en este tema es diferente en cada país, tanto en términos de cantidad como de calidad. En este sentido, Estados Unidos es el país que se encuentra más avanzado, ya que es el único que cuenta con estudios anuales y que presenta las series de tiempo más largas para analizar las tendencias en el consumo de drogas de la población general. España y el Reino Unido, aunque en menor medida, también cuentan con estudios nacionales de consumo que se usan para cuantificar los avances logrados por las acciones emprendidas en esta área. En los Países Bajos sólo se han hecho dos encuestas nacionales (en 1997 y 2001) y en Canadá sólo existen mediciones de este tipo para algunas ciudades, por lo que no pueden ser utilizadas para evaluar la efectividad de las estrategias nacionales, por no ser representativas de la realidad del país.

Los efectos que las estrategias han logrado causar en este ámbito son escasos: ninguno de los países estudiados ha logrado reducir el consumo de drogas ilegales de forma sistemática. Esto, independientemente del enfoque con que se aborda el problema, ya que países tan disímiles en sus orientaciones como Estados Unidos y los Países Bajos presentan resultados similares en cuanto a las prevalencias de consumo de las principa-

les drogas. Al respecto, un estudio comparativo realizado en las ciudades de Amsterdam, San Francisco y Bremen indica que las diferencias en la legislación sobre consumo y posesión de marihuana entre estas regiones no influía mayormente en el patrón de consumo de los usuarios habituales de marihuana. La muestra no revela diferencias significativas en la intensidad ni en las circunstancias de uso<sup>12</sup>.

El Gráfico N° 3 ilustra la evolución de las prevalencias mensuales de consumo de las principales drogas en Estados Unidos y los Países Bajos, de acuerdo con las encuestas nacionales realizadas en 1997 y 2001<sup>13</sup>. Ambos estudios son similares en su estructura, pues utilizan metodologías parecidas, corresponden a los mismos años e incluyen al mismo grupo de población (mayores de 12 años), por lo que su comparación es posible, aunque debe ser hecha con cuidado. Aquí se observa que, salvo la leve disminución en la prevalencia de consumo de heroína en Estados Unidos, no se han obtenido resultados positivos.



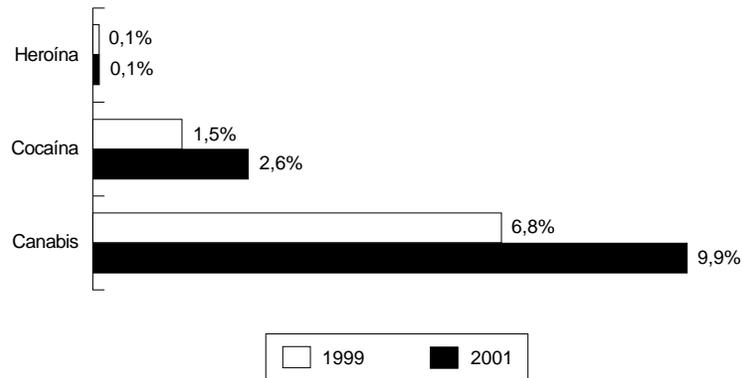
Fuentes: SAMHSA, "National Household Survey on Drug Abuse" y CEDRO, "Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands".

La situación que se observa en los demás países es similar. Aunque se presentan disminuciones del consumo en algunos períodos y en ciertos grupos de la población, no se ha conseguido una disminución sostenida en el tiempo que respalde la efectividad de las estrategias emprendidas. Los Gráficos N°4 y N°5 ilustran la situación de España y Reino Unido respectivamente, comparando los resultados de sus dos encuestas nacionales más recientes. En ellos se observan aumentos en las prevalencias de consumo de las principales drogas.

<sup>12</sup> Cohen y Kaal, 2001. "The irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen". CEDRO: Center for Drug Research of the University of Amsterdam.

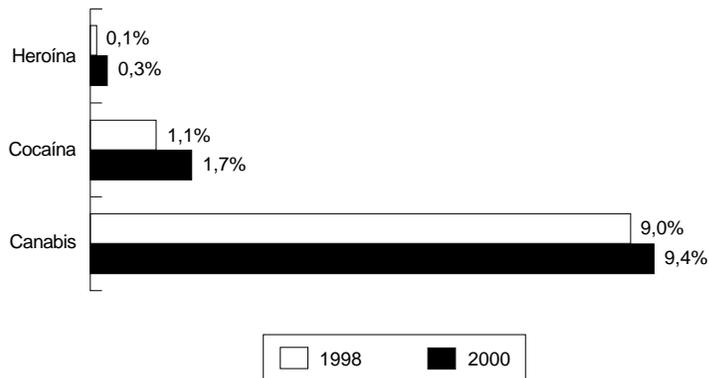
<sup>13</sup> Se utilizan las encuestas de 1997 y 2001 porque son las únicas cifras de consumo disponibles en los Países Bajos, y para fines de comparación se consideran los mismos años de las encuestas norteamericanas (que se publican anualmente).

**Gráfico N°4 Evolución del consumo de drogas en España (Prevalencia año)**



Fuente: DGPNSD, Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas.

**Gráfico N°5 Evolución del consumo de drogas en Reino Unido (Prevalencia año)**

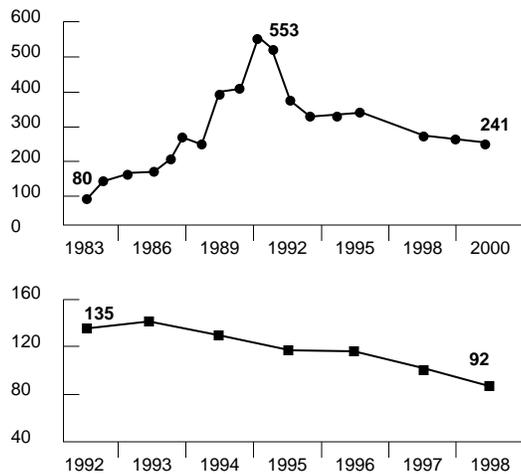


Fuente: British Crime Survey 2000.

## 2. Reducción de daños

Los resultados obtenidos en esta área son, en general, bastante más alentadores que los observados respecto del consumo de drogas. En todos los países que han aplicado iniciativas de esta naturaleza existen series de datos que muestran quiebres y luego claras tendencias a la baja, lo que indicaría que estas actividades están cumpliendo con sus objetivos. Por ejemplo, hay evidencia de disminuciones en el número de muertes relacionadas con drogas en las regiones que cuentan con iniciativas de reducción de daños (Ver Gráfico N°6).

**Gráfico N°6 Muertes relacionadas con drogas en España y Países Bajos**



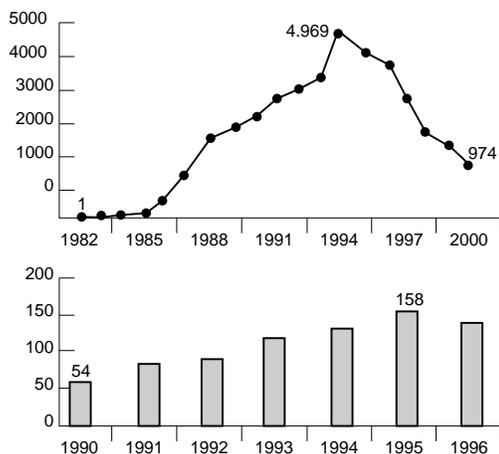
**ESPAÑA:** Muertes por reacción aguda tras consumo de opiáceos o cocaína en cinco grandes ciudades (1983 – 2000)

**AMSTERDAM:** Muertes relacionadas con drogas (1992 - 1998)

Fuentes: DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas, y The Netherlands Drug Situation 2000.

Otro de los efectos positivos que se han logrado con estos programas es la disminución en la proporción de usuarios que utiliza drogas en forma inyectable, lo que redundará en la disminución en la transmisión de enfermedades infecciosas, como SIDA y hepatitis B y C. Así, los casos de SIDA contagiados mediante el uso intravenoso de drogas disminuyeron en España, lo mismo que el número de muertes de personas con SIDA adquirido por esta vía en el Reino Unido<sup>14</sup> (Ver Gráfico N°7).

**Gráfico N°7 SIDA y uso intravenoso de drogas en España y Reino Unido**



**ESPAÑA:** Casos de SIDA asociados al uso intravenoso de drogas (1982 – 2000)

**REINO UNIDO:** Muertes por SIDA adquirido por inyección de drogas, notificadas por países del Reino Unido (1990 – 2000)

Fuentes: Registro Nacional de SIDA del Ministerio de Salud y Consumo, y Drugscope, "Annual Report on the UK Drug Situation 2001", the UK report to the EMCDDA, 2000.

<sup>14</sup> Se debe tener en consideración que este dato se puede ver afectado en cierta forma por la oferta de tratamiento médico para enfermos de SIDA, que también podría estar contribuyendo a la disminución en la mortalidad de los enfermos contagiados por inyección de drogas.

El número de usuarios problema de opiáceos también es un indicador que ha podido ser regulado en los Países Bajos gracias a iniciativas de control de daño.

## VI. COMENTARIOS FINALES

No existe una tendencia mundial clara respecto de la estrategia de drogas a seguir para obtener los mejores resultados. Si bien cada vez más países incluyen dentro de sus estrategias nacionales intervenciones del tipo control de daños, esto no significa que se estén dejando de lado los esfuerzos de prevención primaria (evitar que las personas comiencen a utilizar drogas). De acuerdo con el “*World Drug Report 2000*” de la ONU, “los mensajes y las intervenciones desarrolladas en un nivel no deben poner en riesgo el éxito de programas desarrollados en otros niveles”, es decir, existe lugar para implementar iniciativas en distintos ámbitos. De hecho, la institución promueve simultáneamente programas de prevención que incentivan a los jóvenes a llevar una vida libre de drogas, y actividades orientadas a prevenir el contagio del virus del SIDA entre la población que se inyecta drogas.

Este dilema en cuanto a cuáles son las políticas más apropiadas surge en todos los países y es resuelto de distinta manera en cada uno de ellos. Como se ha observado mediante este capítulo, en Estados Unidos se le da supremacía a la prevención primaria, es decir, prevenir el consumo antes de que se presente (lo mismo ocurre en algunos países asiáticos). Por su parte, en países de Europa occidental, como también en Canadá y Australia, se da más énfasis a la prevención secundaria (evitar el consumo problemático entre quienes ya consumen en forma ocasional o habitual) y terciaria (impedir que la situación se agrave y disminuir los posibles daños asociados al consumo problemático de drogas).

A pesar de la reticencia inicial generada por esta última clase de intervención - que constituye en sí una forma de reconocer la existencia del consumo de drogas y, con ello, de asumir implícitamente el fracaso parcial de los programas de control de oferta y de prevención- la evidencia indica que los resultados presentados en este ámbito de la estrategia de drogas son los más positivos hasta el momento, aunque es válido preguntarse qué habría sucedido si no hubieran existido al mismo tiempo las políticas de prevención y control. Probablemente, la situación sería peor que la observada hoy.

Con todo, antes de considerar la aplicación de cualquiera de estos programas en otras áreas geográficas, se deben estudiar las diferencias regionales y, con ello, las adaptaciones que es necesario llevar a cabo para cada caso particular.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. American University's Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, "Summary Assessment of the Drug Court Experience", 1997.
2. Canadian Centre for Justice Statistics (1996). "Adult correctional services survey: Types of offenses, One day snapshot".
3. CEDRO, Cohen y Kaal, 2001. "The irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen".
4. Centre for Drug Research of the University of Amsterdam (CEDRO). "Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands 2001".
5. "Cutting Crime: Drug Courts in Action", Drug Strategies, 1997. En: [www.drugstrategies.org/acrobat/CuttingCrime97.pdf](http://www.drugstrategies.org/acrobat/CuttingCrime97.pdf)
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). "Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España 2001", diciembre 2002.
7. Drugscope, "UK Drug Situation 2000", *The UK report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, 2000. En [www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk)
8. "Drug Situation in Canada 2001", Drug Analysis Section, Criminal Analysis Branch, Criminal Intelligence Directorate, Royal Canadian Mounted Police; Ottawa, abril 2002
9. Elkins, M. Y Olegundoye, J. "The prison population in 2000: a statistical review". *Findings 154*, London, Home Office.
10. Health Canada (1994), "National Alcohol and Other Drugs Survey".
11. Home Office Statistical Bulletin 18/00. "The 2000 British Crime Survey", octubre 2000.
12. Martin Corkery, John, "Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000", mayo 2002.
13. National Association of Drug Court Professionals (NADCP). "Facts on drug courts", enero 1999. Citado en: James y Sawka, "Drug Treatment Courts: Substance Abuse Intervention within the Justice System". Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, noviembre 2000.
14. National Drug Monitor (2001). "2001 Annual Report", Utrecht, Países Bajos.
15. Office of National Drug Control Policy (ONDCP). "Annual Report 2002".

16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies, "National Household Survey on Drug Abuse ". 2000, 2001.
17. Trimbos Institute, "The Netherlands Drug Situation 2000", *report to the EMCDDA by the Reitox national focal point of The Netherlands*, diciembre 2000.
18. United Nations Office of Drug Control and Crime Prevention (ODCCP). "World Drug Report 2000".

CAPÍTULO 2  
**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS  
LA ESTRATEGIA DE CANADÁ**

Diciembre 2002



# ÍNDICE

I. Resumen	57
II. Introducción	59
III. Legislación	61
IV. Entidades públicas participantes	65
V. Estrategia	67
1. Fundamentos y evolución	67
2. Metas y objetivos	69
3. Política de prevención	70
4. Política de asistencia de adictos	72
5. Política de control	75
6. Aspectos internacionales	80
VI. Presupuesto	83
VII. Resultados obtenidos	85
1. Consumo de drogas	86
2. Daños asociados a las drogas	89
VIII. Comentarios finales	93
IX. Bibliografía	95



## I. RESUMEN

De los cinco países incluidos en este estudio, Canadá fue el segundo en lanzar una estrategia nacional formal para enfrentar el problema de las drogas, adelantándose a Estados Unidos, Reino Unido y los Países Bajos. A ese primer documento (1987) siguieron dos más: uno en 1992 y otro - actualmente vigente- en 1998.

La aspiración de largo plazo de las autoridades canadienses es reducir el daño asociado al alcohol y otras drogas para los individuos, sus familias y la comunidad, entendiéndose por daño el deterioro físico, psicológico, social y económico. Aunque se señala que para ello es necesario reducir la demanda de drogas y la mortalidad y morbilidad asociadas, las autoridades no han explicitado metas objetivas y medibles, por lo que difícilmente se pueden analizar los logros de la estrategia. Esta dificultad se ve agudizada por la precariedad de información disponible sobre la materia, la cual ha sido constatada recientemente por entidades como el Comité Especial del Senado en Drogas Ilegales y el Auditor General de Canadá.<sup>1</sup>

Con todo, los pocos datos disponibles no son alentadores: el consumo de sustancias ilegales parece haber aumentado y no fue posible encontrar indicadores positivos de reducción de daño.

Como en todos los países analizados, la acción se puede clasificar en tres grandes áreas: prevención, asistencia de adictos y control.

**(i) Prevención:** considerada la intervención más adecuada, parte importante de los esfuerzos del gobierno federal están en esta área. La prevención se asocia en Canadá a la educación, entendida ésta como la transmisión de información creíble sobre los riesgos asociados al consumo de distintas clases de sustancias y de algunas prácticas de uso (como compartir jeringas,

<sup>1</sup> Ver capítulo de resultados.

por ejemplo). El propósito de la prevención es lograr que los individuos, las familias y la comunidad adquieran los conocimientos necesarios, cambien ciertas actitudes, desarrollen habilidades y adopten hábitos saludables que los alejen de los daños que provocan las drogas.

- (ii) **Asistencia de adictos:** existe una amplia gama de modalidades de asistencia, que incluye programas de tratamiento para lograr la abstinencia e intervenciones de reducción de daño. Hay programas especiales para la población en conflicto con la justicia, entre los que destacan las Cortes de Droga que -siguiendo la iniciativa de Estados Unidos- están comenzando a ser utilizadas en Canadá.
- (iii) **Control:** múltiples agencias trabajan para reprimir el tráfico dentro del país y en sus límites. Destacan los programas conjuntos entre Estados Unidos y Canadá para interceptar los cargamentos ilegales que intentan traspasar la extensa frontera común. Por otra parte, durante la década de 1990, los ilícitos de tráfico y posesión de drogas detectados en el país han aumentado, alcanzando una tasa total anual de casi 300 delitos por cada 100.000 habitantes.

## II. INTRODUCCIÓN

El costo asociado al abuso de alcohol y drogas ilegales en Canadá fue estimado para 1992<sup>2</sup> en alrededor de 8.890 millones de dólares canadienses (aproximadamente, 5.900 millones de dólares norteamericanos), siendo éste un cálculo optimista según sus autores; el costo real podría ser considerablemente mayor. Este valor corresponde al 1,29% del PIB del país. La estimación consideró las pérdidas directas asociadas a la fuerza de trabajo, pago de transferencias (mediante el seguro social), prevención, investigación, aplicación de la ley y gastos de salud. El gasto asociado al alcohol representa el 85% del total, mientras que las drogas ilícitas en su conjunto dan cuenta del 15% restante. La partida que concentra la mayor parte del costo (considerando alcohol y drogas ilícitas) es la de pérdidas de productividad como consecuencia de enfermedad o muerte prematura. Este estudio es uno de los más citados en Canadá para justificar las políticas sobre droga, y si bien no ha sido replicado con posterioridad, todos concuerdan en que el cálculo sigue estando vigente y que, probablemente, los números actuales son incluso mayores.

Con todo, mucho antes de ser lanzado ese estudio (1996) el tema drogas había aflorado como una preocupación ciudadana, y la primera estrategia nacional formal sobre esta materia data de 1987. Desde entonces, se ha enfatizado la necesidad de seguir un enfoque balanceado, entendiendo por tal una política que reúna elementos de reducción de demanda y de oferta, dándoles similar importancia. Dentro de los primeros, se prioriza la prevención, considerada por las autoridades como la intervención más beneficiosa desde la perspectiva costo-beneficio.

Canadá ha optado por un modelo más vinculado a la postura de reducción de daños que a la de reducción del consumo en sí, lo que se manifiesta en la orientación de su política a minimizar los riesgos vinculados al abuso de sustancias.

<sup>2</sup> Los datos corresponden a 1992. El estudio fue publicado en 1996 como "The Costs of Substance Abuse in Canada" incluido en la bibliografía.

Por esto, ha recibido críticas de las autoridades en droga de su país vecino, Estados Unidos, que considera que algunas de las más recientes medidas tomadas por la sociedad canadiense -particularmente en relación con el uso médico de marihuana- agravarían el problema en toda la zona, no sólo en Canadá.

Este capítulo se organiza de la siguiente manera: el capítulo I corresponde al resumen y el II, a la presente introducción. En el III se presenta la legislación canadiense relativa a las sustancias controladas, y en el capítulo IV se presentan las principales unidades de gobierno a cargo del desarrollo y aplicación de la estrategia de drogas. La estrategia misma se expone en el capítulo V, el cual se subdivide en secciones para presentar sus fundamentos y evolución, metas, política de prevención, política de asistencia, y política de control. La última sección de ese capítulo aborda los aspectos internacionales. En el capítulo VI se presenta el presupuesto público destinado a la estrategia. En el VII se discuten los resultados obtenidos y en el último se exponen algunos comentarios finales.

### III. LEGISLACIÓN

El principal cuerpo legal que define los delitos relativos a la droga en Canadá es la Ley de Drogas y Sustancias Controladas (*Controlled Drugs and Substances Act*) que data de 1997. En ella se prohíbe la posesión, producción, comercialización, importación y exportación de algunas sustancias.

Las penas que se establecen para cada ilícito se relacionan con el hecho en sí (posesión, tráfico, etc.) y la categoría a la que pertenece la sustancia en cuestión (heroína, marihuana, etc.). En algunos casos, además, se toma en consideración si es la primera infracción de ese tipo o no y, en relación con el cannabis, se hacen distinciones también según la cantidad de droga.

Para estos efectos, la ley clasifica las sustancias controladas en seis categorías<sup>3</sup>, siendo la primera la que agrupa las drogas cuyos delitos relacionados reciben las mayores penas. En el Cuadro N°1 se presentan algunos ejemplos de las sustancias incluidas en cada nivel.

**Cuadro N°1** Clasificación de drogas según la Ley de Drogas y Sustancias Controladas, Canadá

Categoría	Ejemplos de sustancias por categoría
I	Opiáceos
II	Marihuana
III	Anfetaminas
IV	Barbitúricos
V*	Phenylpropanolamine
VI	Algunos precursores químicos**

Nota: La ley también establece la categoría VII y VIII correspondientes a ciertas cantidades de cannabis. Ellas se utilizan para referirse a los casos en que, por la reducida cantidad de droga, el delito es castigado con una pena menor que en el caso general.

\* Sustancias con potencial de abuso presentes en medicamentos que no requieren de prescripción médica.

\*\* Son sustancias que generalmente se usan para producir otros tipos de drogas controladas.

Fuente: Ley de Sustancias y Drogas Controladas de Canadá, 1996.

<sup>3</sup> En realidad se establecen ocho categorías pero las dos últimas se refieren a ciertas cantidades menores de cannabis y se utilizan para asignar penas más bajas cuando el delito involucra estas cantidades.

Una particularidad de la legislación canadiense que es necesario tener en consideración para comprender la ley de drogas tiene relación con la clasificación de los delitos en general. Ellos se agrupan en tres categorías, según si deben ser perseguidos vía acusación (“*indictable*”), vía sumario (“*summary*”) o si es el fiscal quien tiene la facultad de decidir bajo qué esquema –acusación o sumario- actuará, en cuyo caso el tratamiento dado al delito en el sistema judicial es de tipo híbrido. En la primera categoría se clasifican los más graves, como asesinatos o actos violentos en extremo. En la segunda están los más leves, como, por ejemplo, tomar un auto sin el consentimiento del dueño o poseer una pequeña cantidad de marihuana. Los definidos como híbridos, por su parte, son de gravedad intermedia y, si son tratados vía acusación, pueden ser castigados con penas considerablemente mayores que si se opta por hacerlo vía sumario.

Respecto de las condenas, la ley sólo establece las penas máximas factibles de ser aplicadas en cada caso. La posesión de droga es un delito “híbrido”, salvo cuando es poca cantidad de cannabis, en cuyo caso debe ser tratado vía sumario. Las penas máximas van desde siete años de privación de libertad, si la droga en cuestión es clase I y se persigue vía acusación, hasta 6 meses de reclusión y una multa, si es la primera vez y la infracción se persigue vía sumario. El detalle de las penas por posesión se presenta en el Cuadro N°2.

**Cuadro N°2** Penas máximas por posesión de drogas controladas, según tipo de proceso

Sustancia / número de ofensas / cantidad	Vía acusación	Vía sumario
<b>I (heroína, cocaína, entre otras)</b>		
Primera ofensa	7 años	6 meses y/o multa de \$1.000*
Segunda o posterior		1 año y/o multa de \$2.000*
<b>II Cannabis:</b>		
<i>Más de 1 gr de hachís o 30 gr de marihuana:</i>		
Primera ofensa	5 años menos 1 día	6 meses y/o multa de \$1.000*
Segunda o posterior		1 año y/o multa de \$2.000*
<i>Menos de 1 gr de hachís o 30 gr de marihuana:</i>		6 meses y/o multa de \$1.000*
<b>III (anfetaminas, LSD, entre otras)</b>		
Primera ofensa	3 años	6 meses y/o multa de \$1.000*
Segunda o posterior		1 año y/o multa de \$2.000*

\* Dólares canadienses

Fuente: Ley de Sustancias y Drogas Controladas de Canadá, 1996.

Esas penas se refieren a los casos en que la posesión no es para vender la droga. Si este último es el caso, se aplican las penas relativas al tráfico. El tráfico o la posesión con la intención de traficar pueden ser castigados hasta con presidio perpetuo si la droga en cuestión es clase I. En este caso, el delito obligatoriamente debe ser tratado vía acusación. Las sanciones son más bajas cuando la categoría de la sustancia en cuestión es otra y cuando es posible perseguir vía sumario, como muestra el Cuadro N°3.

**Cuadro N°3** Penas máximas por tráfico o posesión con la intención de traficar de drogas controladas, según legislación canadiense

Categoría	Vía acusación	Vía sumario
<b>I (heroína, cocaína, entre otras)</b>	Presidio perpetuo	-
<b>II Cannabis</b>		
Más de 3 kilos de marihuana o hachís	Presidio perpetuo	-
Menos de 3 kilos de marihuana o hachís	5 años menos 1 día	-
<b>III (anfetaminas, LSD, entre otras)</b>	10 años	18 meses
<b>IV (barbitúricos, esteroides anabólicos, entre otras)</b>	3 años	1 año

Fuente: Ley de Sustancias y Drogas Controladas de Canadá, 1996.

Como se observa en el cuadro anterior, en el tráfico no se distingue según si el infractor es primerizo o reincidente.

Por su parte, la importación o exportación también es castigada y la pena para estos ilícitos es independiente de la cantidad en cuestión. La sanción máxima es presidio perpetuo y se aplica en los casos en que la droga es categoría I o II (ver Cuadro N°4).

**Cuadro N°4** Penas máximas por importación o exportación de drogas controladas, según legislación canadiense

Categoría	Vía acusación	Vía sumario
I o II	Presidio perpetuo	-
III o VI	10 años	18 meses
IV o V	3 años	1 año

Fuente: Ley de Sustancias y Drogas Controladas de Canadá, 1996.

Por último, la producción sin autorización de las sustancias controladas también es considerada un delito en la legislación sobre drogas canadiense. Las penas máximas van entre presidio perpetuo y un mes de reclusión según el tipo de sustancia y la vía por la cual se persiga (ver Cuadro N°5).

**Cuadro N°5** Penas máximas por producción sin autorización de drogas controladas, según legislación canadiense

Categoría	Vía acusación	Vía sumario
I y hachís	presidio perpetuo	-
Marihuana	7 años	-
III	10 años	18 meses
IV	3 años	1 mes

Fuente: Ley de Sustancias y Drogas Controladas de Canadá, 1996.

En la imposición de la pena en cada caso particular, los jueces gozan de un importante margen de discrecionalidad. Además de atender a los máximos legales, pueden considerar algunos elementos como factores agravantes. Entre ellos, la venta a menores, involucrar a niños (de hasta 18 años) en el delito, o comercializar la sustancia cerca de colegios o lugares públicos frecuentados por adolescentes.

Por último, cabe destacar que la legislación sobre drogas canadiense fue modificada en mayo de 1997 mediante la promulgación de la comentada “Ley de Drogas y Sustancias Controladas” (*Controlled Drugs and Substances Act*). Antes de esa fecha regía la Ley de Control de Narcóticos (*Narcotic Control Act*) correspondiente a las partes III y IV de la Ley de Alimentos y Drogas (*Food and Drugs Act*). La legislación antigua se refería a los narcóticos genéricamente e incluía bajo ese nombre opio, cocaína, marihuana y otros. Las penas máximas, por tanto, se establecían para cada delito (posesión, tráfico, etc.) pero sin distinción según el tipo de sustancia controlada, lo que es una diferencia fundamental con la ley que rige en Canadá actualmente.

## IV. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

Canadá es una monarquía constitucional y un estado federado. Geográficamente, se divide en diez provincias y territorios, cada uno de los cuales cuenta con cierto grado de autonomía respecto del gobierno central.

En relación con el uso de alcohol y drogas, todos los niveles de gobierno –federal, provincial/territorial y municipal- están involucrados en la aplicación de la política con miras a reducir el daño asociado a estas sustancias.

El gobierno federal – mediante el Departamento de Salud (*Health Canada*)- ejerce el liderazgo y está a cargo de la coordinación nacional de la acción. Esta repartición preside las dos instancias creadas para desarrollar y aplicar la estrategia sobre drogas: el Comité Directivo sobre Abuso de Sustancias (*Assistant Deputy Ministers' Steering Committee on Substance Abuse*) y el Grupo de Trabajo Interdepartamental sobre Abuso de Sustancias (*Interdepartmental Working Group on Substance Abuse*). El primero está formado por funcionarios de alto rango de los departamentos federales involucrados en la política de drogas y se reúne regularmente para desarrollar mecanismos para mejorar la efectividad de la estrategia gubernamental y dirigir la acción del segundo. El Grupo de Trabajo se encarga de construir consensos en torno a las prioridades, identificar temas emergentes y coordinar las actividades federales.

Además del Departamento de Salud, otras 10 reparticiones federales tienen funciones con respecto a la estrategia de drogas. Entre ellas, el Ministerio del Procurador General (*Solicitor General*) que lidera y coordina la acción policial, de seguridad y penitenciaria; la Real Policía Montada Canadiense (*Royal Canadian Mounted Police, RCMP*) que realiza incautaciones, arresta e investiga a las personas en los niveles superiores de las bandas criminales de tráfico, y reprime la actividad delictiva vinculada a las drogas directamente en las provincias y territorios en las que actúa bajo contrato; el Departamento de Justicia; Aduanas; y el Servicio Penitenciario.

En el nivel territorial/provincial y municipal, se trabaja mediante el sistema de salud, de los servicios sociales, las cortes y las fuerzas policiales. En la mayoría

de los gobiernos territoriales o provinciales, el tema droga queda radicado en el Departamento de Salud y servicios sociales correspondiente. Algunos incluso cuentan con una unidad dependiente del departamento especialmente instaurada para abordar este tema, como es el caso de la Secretaría de Drogas y Alcohol del Territorio de Yukon.

Por último, cabe destacar dentro de la organización del aparato público para enfrentar a las drogas, al Centro Canadiense en Abuso de Sustancias (*Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA*) el cual, aunque es una institución no gubernamental, se financia principalmente mediante fondos federales y fue creado por ley. Su misión es proveer y difundir información relevante sobre alcohol y drogas. El CCSA también trabaja para promover la participación ciudadana para enfrentar las drogas y crear conciencia sobre los problemas asociados al abuso de sustancias.

Las ONG también desempeñan un papel importante, principalmente en la ejecución misma de los programas de prevención y asistencia de adictos.

## V. LA ESTRATEGIA

### 1. Fundamentos y evolución

Durante la década de 1980, los problemas relacionados con el abuso de sustancias en el hemisferio norte del continente americano aumentaron progresivamente. Ello alertó a autoridades e instituciones, quienes definieron nuevas políticas para enfrentar el problema, además de potenciar las existentes. En Canadá, motivaron la elaboración y lanzamiento de la primera Estrategia Nacional sobre Droga en 1987. Sus propósitos fueron alertar y educar a la sociedad al respecto, mejorar la disponibilidad y acceso a tratamiento y rehabilitación, potenciar las medidas de control y aplicación de la ley, coordinar las iniciativas nacionales, y cooperar con las organizaciones internacionales para promover un enfoque balanceado para enfrentar este problema. Esta primera estrategia estuvo vigente por cinco años y entre sus méritos destaca el haber logrado que la atención pública se fijara en el tema drogas, que los programas escolares de prevención de masificaran y que ciertas conductas –como manejar bajo la influencia del alcohol- pasaran a ser consideradas inaceptables por la mayoría de los canadienses.

Pero, a pesar de los logros, era evidente para las autoridades pertinentes que muchos desafíos no habían sido abordados adecuadamente. A medida que pasaba el tiempo, los traficantes de drogas sofisticaban sus métodos, crecían los problemas entre los usuarios duros, el abuso de medicamentos y la automedicación se hacía cada vez más frecuente, aparecían nuevas drogas, etc.. Además, para la mayoría de los canadienses se hizo patente la necesidad de abordar el problema de las drogas de forma global, incorporando todos los determinantes de un problema de salud.

Como resultado, el año 1992 el gobierno lanzó la segunda Estrategia Nacional sobre Drogas y renovó su compromiso de enfrentar el abuso de sustancias. En ella se reforzó la primacía de la prevención, se especificaron cinco segmentos de la población que tendrían prioridad (jóvenes, mujeres, adultos mayores,

aborígenes y personas que habían sido condenadas por manejar bajo la influencia de alguna droga) y se mantuvo el compromiso de trabajar en cooperación con otros países. La segunda estrategia también se aplicó por cinco años (1992 – 1997).

En 1998 se lanzó la tercera y actual Estrategia sobre Drogas de Canadá del gobierno federal. Ella se fundamenta en nueve principios básicos que se transcriben a continuación<sup>4</sup>:

- (i) **Equilibrio entre reducción de oferta y demanda**, para lo que es útil desarrollar alianzas entre las agencias de salud y las relacionadas con la aplicación de la ley.
- (ii) **La prevención es la mejor intervención desde una perspectiva costo-beneficio.**
- (iii) **Las alianzas son vitales** en cadenas de nivel y entre ellas. Se deben establecer asociaciones entre los diversos departamentos federales, los gobiernos provinciales y territoriales, organizaciones no gubernamentales, agencias de educación y salud, agencias encargadas del control, el sector privado y las agrupaciones comunitarias.
- (iv) **Los programas y políticas deben ser formulados con sensibilidad hacia el género, la cultura y las etapas de la vida.**
- (v) **Los receptores de los programas deben estar comprometidos en el proceso de planificación, desarrollo y aplicación de ellos.** Involucrar en estas etapas a quienes serán los usuarios de ellos es esencial para la pertinencia de las intervenciones aplicadas y su éxito.
- (vi) **Las intervenciones deben ser acordes a las necesidades de los usuarios de droga.** Esto es válido tanto para los programas de prevención como para los de tratamiento y rehabilitación.
- (vii) **Las intervenciones deben abordar los factores subyacentes al abuso de drogas y los determinantes de la salud en general.** La investigación ha determinado que los principales factores que influyen en la salud de la población son el ingreso y el nivel social, las redes sociales de apoyo, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, entre otros.
- (viii) **Importancia de contar con un adecuado marco legal.**
- (ix) **En relación con la política de control, orientarse a los niveles superiores de las organizaciones criminales.**

<sup>4</sup> Los énfasis son originales.

## 2. Metas y objetivos

La aspiración de largo plazo de la estrategia de Canadá es reducir el daño asociado al alcohol y otras drogas para los individuos, sus familias y la comunidad. El daño a que se refiere incluye tanto el deterioro físico como el psicológico; el social y el económico. El daño físico no es sólo la adicción sino que también la transmisión de enfermedades o los accidentes provocados por el abuso de sustancias. El daño psicológico más importante es el quiebre familiar que puede producirse. Para la sociedad, los costos son el debilitamiento de las instituciones públicas, el gasto de hacer cumplir la ley, el efecto del comercio ilegal sobre la economía, y las pérdidas en productividad de las personas con problemas de adicción.

La meta de reducción de daño se alcanza, para las autoridades canadienses, mediante los cinco objetivos que a continuación se exponen:

- (i) **Reducir la demanda de drogas**<sup>5</sup> mediante el incremento en la comprensión de los riesgos asociados al abuso de sustancia, particularmente entre los jóvenes y respecto de las llamadas drogas duras como la cocaína, el LSD y la heroína.
- (ii) **Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a las drogas** mediante la reducción de los patrones de uso altamente riesgosos.
- (iii) **Mejorar la efectividad y accesibilidad a la información e intervenciones en abuso de sustancias**, identificando y promoviendo las mejores prácticas en prevención, educación, tratamiento y rehabilitación.
- (iv) **Restringir la disponibilidad de drogas ilegales y reducir la rentabilidad del tráfico**. Para ello, los objetivos concretos son reducir la importación ilegal de drogas ilícitas y su disponibilidad en las calles, así como también dificultar que los involucrados en el tráfico puedan hacer uso de los ingresos obtenidos en ello.
- (v) **Reducir el costo que el abuso de sustancias le impone a la sociedad canadiense**.

Cabe destacar que tanto la meta principal (“reducir el daño”) como los cinco objetivos definidos como prioritarios están formulados en términos cualitativos sin un correspondiente elemento cuantitativo que permita evaluar los avances en su consecución de manera imparcial.

<sup>5</sup> Con todo, los autores reconocen que las evaluaciones de resultado son prácticamente inexistentes entre los programas canadienses.

### 3. Política de prevención

Uno de los principios que fundamenta la Estrategia sobre Drogas de Canadá es el reconocimiento de la prevención como la intervención más adecuada desde una perspectiva de costo-beneficio. Es por ello que una parte importante de los esfuerzos del gobierno federal en esta materia está concentrada en lograr las metas y objetivos vinculados a la prevención. Específicamente, se pretende reducir la demanda de drogas mediante la educación sobre los riesgos asociados al consumo, y minimizar las muertes asociadas al abuso de drogas, particularmente en relación con ciertas conductas riesgosas. En definitiva, el propósito de la prevención es lograr que los individuos, las familias y la comunidad adquieran los conocimientos necesarios, cambien ciertas actitudes, desarrollen habilidades y adopten hábitos saludables, que los alejen de los daños que provocan las drogas.

Un elemento clave en el desarrollo de los programas de prevención es la consideración en su definición de los “determinantes de la salud”, en el entendido que el abuso de sustancias es esencialmente un problema de salud pública y, por ello, aquellos factores que explican el nivel de sanidad de las personas se relacionan también con su eventual adicción. Las intervenciones, por tanto, no sólo abordan el abuso de sustancias sino que también elementos de marginación, disparidad social, nivel económico, nivel de educación, condiciones de empleo y otros factores que han sido identificados en la literatura como determinantes de la salud y capaces de propiciar el desarrollo de una adicción.

El gobierno federal ha impulsado una serie de iniciativas en el área de prevención, entre las que destacan los programas de intervención temprana para promover el desarrollo de niños saludables; la provisión de recursos para asistir a los padres para que conversen con sus hijos sobre drogas efectiva y tempranamente; programas especiales para progenitores que han experimentado problemas por el abuso propio de sustancias, para que prevengan que sus hijos caigan en lo mismo; campañas para crear conciencia pública (en asociación con el sector privado); programas escolares y en los lugares de trabajo (en asociación entre la policía, aduanas y expertos de salud); intervenciones especiales para jóvenes en riesgo; y provisión de fondos para capacitación de los profesionales de la salud.

Las iniciativas específicas que se aplican en el país son desarrolladas e implementadas en asociación con los gobiernos provinciales/territoriales, ONG que trabajan en el área, el sector privado y los grupos comunitarios; el principal rol que cabe a la autoridad central es el de orientar la acción. Con este objeto, la Oficina para la Estrategia sobre Drogas de Canadá (dependiente del Departamento de Salud) publicó el año 2001 un compendio con las mejores prácticas en materia de prevención juvenil. El informe está dirigido a educadores, promotores de desarrollo comunal, promotores de la salud, policías y, en general, a todos los que de uno u otro modo estén implicados en la prevención del abuso de sustancias. Para hacer el compendio se revisó una gran cantidad de iniciativas y se

seleccionaron aquellas que contaban con un nivel razonable de evidencia de respaldo de un impacto positivo<sup>6</sup>. Se incluyeron todos los programas orientados al segmento juvenil, los que incluyen a tanto a jóvenes insertos adecuadamente en la sociedad como a los que no, así como también grupos específicos (aborígenes, mujeres con hijos, usuarios de drogas que se inyectan, etc.). Se incluyen programas que se desarrollan en el ámbito escolar, familiar, comunitario y en el ciberespacio, entre otros. Los resultados esperados de la intervención también difieren; entre ellos, prevenir la experimentación, reducir el consumo, crear conciencia del problema en la comunidad, informar a los jóvenes sobre los riesgos asociados, mejorar el acceso de los jóvenes a los servicios sociales, fomentar las actividades recreacionales alternativas, reducir el intercambio de jeringas, etc.

En definitiva, la prevención en Canadá es un concepto amplio, en el que tienen espacio iniciativas orientadas a la abstinencia y a la reducción de daño, y en la cual el gobierno federal –al igual que en la mayoría de los países- fomenta y apoya principalmente aquellas iniciativas que han probado ser exitosas.

Con todo, el acervo de evaluaciones de impacto de las intervenciones en Canadá es bastante limitado, según reconocen fuentes del gobierno federal y del Congreso, entre otras. En un informe del Comité Especial de Senado sobre Drogas Ilícitas publicado en Septiembre del 2002<sup>7</sup> se concluye que para mejorar la línea preventiva es fundamental que se fomente la evaluación de las intervenciones y que éstas sean difundidas.

El mismo documento da cuenta de la controversia en torno a este tema, evidenciada en la cantidad de testimonios distintos que recibió la comisión durante la discusión que dio origen al informe. Señala que, a pesar de que todos están de acuerdo en que la prevención es un componente clave en las estrategias de salud pública y, por lo mismo, en las políticas sobre drogas, “nada es más impreciso, vago y hasta controversial que la prevención”. Finalmente, el Comité recomienda que:

- La estrategia nacional tenga un componente de prevención importante.
- Las estrategias de prevención sean capaces de incorporar los conocimientos contemporáneos sobre las drogas.
- Los mensajes preventivos sean creíbles, verificables y neutros.
- Las estrategias de prevención sean integrales y que involucren a la comunidad.
- Las estrategias preventivas escolares no sean dirigidas por las fuerzas policiales ni aplicadas directamente por policías.
- Se reconsidere la utilización del programa *Drug Abuse Resistance Education (DARE)*<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Con todo, los autores reconocen que las evaluaciones de resultado son prácticamente inexistentes entre los programas canadienses.

<sup>7</sup> “Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy”, Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs, septiembre 2002.

<sup>8</sup> DARE es un programa de prevención escolar creado por la Policía de Los Ángeles, California, que se ha aplicado masivamente en Estados Unidos y otros países. Las evaluaciones más recientes indican que el programa tiene escasos resultados perdurables. Para más detalle, ver capítulo de Estados Unidos.

## 4. Política de asistencia de adictos

La política canadiense sobre drogas se construye sobre la consideración de que el abuso de sustancias es un asunto de salud más que un tema criminal. Por eso, otorga máxima prioridad a las intervenciones orientadas a la reducción de demanda, entre las que se enmarcan las de asistencia a adictos.

Son programas de asistencia a adictos aquellos destinados a tratar y rehabilitar a las personas que experimentan problemas de abuso de sustancias. Los fundamentos, metodologías y objetivos específicos difieren según el tipo de intervención, y en la actualidad hay una gran gama disponible. En Canadá, la oferta de tratamiento y rehabilitación es muy variada: existen programas orientados a lograr la abstinencia, así como también iniciativas de reducción de daño que se focalizan en minimizar los problemas asociados al consumo y mejorar la calidad de vida del involucrado.

Al igual que en la mayoría de los países, la política de asistencia de adictos ha evolucionado en el tiempo. Hasta fines de la década de 1940, el debate estuvo dominado por actitudes moralistas y, prácticamente, no había espacio para ofrecer tratamiento. Con el paso del tiempo, estas actitudes fueron cambiando y hacia mediados de la década de 1960 ya había acuerdo en torno a la posibilidad de tratar las adicciones. En esta fase tuvo gran influencia la expansión de Alcohólicos Anónimos (AA), cuyos miembros presionaron a los gobiernos de entonces para que el sector público destinara fondos a la provisión de tratamiento.

Durante la segunda mitad de la década de 1960 y la de 1970, el número de servicios y programas de tratamiento creció en Canadá. Durante la década de 1980, la oferta se hizo más variada y surgieron iniciativas específicas para tratar mujeres, aborígenes, jóvenes, etc. Esto, a raíz de las investigaciones que indicaban que no todos los grupos respondían de igual modo a los diferentes tipos de intervención. Se incorporaron también nuevas disciplinas y enfoques en el tratamiento de la adicción, dando origen a programas basados en modelos cognitivos, del comportamiento y en teorías sociales, además de los fundamentados en el modelo médico que había imperado hasta ese entonces.

Hoy, la oferta de tratamiento y rehabilitación incluye programas de evaluación y referencia; aproximación; crisis; desintoxicación; tratamiento residencial, ambulatorio y diurno; mantención con metadona; canje de jeringas; identificación e intervención temprana; orientación básica; intervenciones terapéuticas; programas de seguimiento, etc., cada uno de los cuales puede entregarse en forma aislada o bien formar parte de un tratamiento integral. A continuación se explica brevemente en qué consisten algunos de ellos:

- **Evaluación y referencia:** procedimiento para identificar las principales fortalezas y problemas del usuario de drogas a fin de establecer un plan de tratamiento adecuado y referirlo a las instituciones correspondientes.

- **Programas de aproximación (“outreach”):** corresponde a las actividades que realizan ciertas agencias dedicadas al tratamiento para identificar a las personas con problema de abuso y motivarlos a participar en algún tipo de programa.
- **Servicios de crisis y acceso directo (“Walk-in and Crisis Services”):** servicio que enfatiza la importancia del acceso fácil y rápido a la asistencia requerida en momentos de crisis. Provee apoyo, orientación y atención médica y psico-social a las necesidades urgentes.
- **Desintoxicación:** es un proceso corto en que la persona deja de consumir la droga y es asistida para superar el síndrome de privación, ya sea con o sin medicamentos. Puede hacerse en la casa con la ayuda de personal comunitario o en establecimientos especiales. Muchas veces, antecede otro tipo de intervención más largo.
- **Tratamiento residencial:** programa de tratamiento y rehabilitación que se aplica en un lugar especialmente diseñado para ello en el que el participante vive. En Canadá se distinguen los de corto y largo plazo, según si duran menos o más de 40 días. Las comunidades terapéuticas se incluyen en esta categoría y, generalmente, dan asistencia de largo plazo.
- **Tratamiento ambulatorio (“outpatient”):** modalidad de tratamiento no residencial y de baja intensidad. Generalmente, consiste en sesiones prefijadas de 1 o 2 horas por semana.
- **Tratamiento diario o vespertino:** es una modalidad no residencial, pero más intensiva y estructurada que la modalidad ambulatoria. Típicamente funciona 5 días a la semana en sesiones de 3 a 4 horas cada una. Esta clase de intervención se puede aplicar tanto en el ámbito institucional, como en centros correccionales.
- **Programa de mantención con metadona:** consiste en la sustitución del consumo de opiáceos (generalmente heroína) en adictos por metadona, mediante la prescripción sistemática de esta sustancia. El objeto es estabilizar al usuario para intentar provocar cambios en su estilo de vida. En Canadá los programas se clasifican según la dosis: entre 60 y 100 mg/día (dosis alta) y, entre 30 y 50 mg/día (dosis baja).
- **Canje de jeringas:** intercambio gratuito de jeringas usadas por limpias, así como la entrega de otros materiales requeridos para inyectarse drogas de un modo más seguro.

El año 1999 el Departamento de Salud de Canadá publicó un estudio<sup>9</sup> basado en una encuesta nacional sobre programas de tratamiento que incluye seis de estas categorías. En él, se reporta que había 1.493 servicios de tratamiento de abuso de sustancias en todo el país, siendo el más popular el tratamiento ambulatorio (“outpatient”), según muestra el Cuadro N°6.

<sup>9</sup> Office of Canada’s Drug Strategy, Health Canada, “Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canadá”, 1999.

**Cuadro N°4** Servicios de Tratamiento de Abuso de Sustancias en Canadá, 1999

Tipo de tratamiento que ofrecen	Cantidad	%
Ambulatorio	425	28%
Diario o vespertino	205	14%
Residencial, corto plazo	202	14%
Residencial, largo plazo	161	11%
De identificación y motivación ("outreach")	237	16%
De crisis	263	18%
Total	1.493	100%

Fuente: Office of Canada's Drug Strategy, Health Canada, "Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canadá", 1999.

La mayoría de los programas y servicios de tratamiento y rehabilitación cae en la jurisdicción territorial o provincial, siendo sus gobiernos los encargados de proveerlos directamente. El gobierno federal colabora con las provincias y territorios en el desarrollo de intervenciones innovadoras y efectivas. Además, evalúa los programas, identifica las mejores prácticas y disemina la información mediante el país. Para ello, publica frecuentemente guías de buenas prácticas en tratamiento. De hecho, recientemente se han publicado estas guías en relación con el abuso de cocaína, de rehabilitación de mujeres, para tratar a adicciones juveniles y para asistir a personas con doble diagnóstico de adicción y problemas mentales.

Por otra parte, también hay programas dirigidos especialmente para lidiar con la población en conflicto con la justicia. En Toronto, por ejemplo, se estableció una Corte de Drogas en la cual se tratan algunos ilícitos relacionados con las drogas. En ella, a los acusados se les ofrece un programa que incluye tratamiento, supervisión judicial y apoyo social. Esta fue la primera corte de este tipo que se instauró en Canadá y de la evaluación de sus resultados depende la futura expansión de las cortes de drogas<sup>10</sup>.

En relación con el financiamiento de las intervenciones, se cuenta con recursos provinciales/territoriales y federales. Los primeros se obtienen vía impuestos locales y el fondo de seguro provincial de salud. Las transferencias desde el nivel federal se realizan bajo la Ley de Salud de Canadá y otros programas específicos.

Entre ellos, destacan dos programas por medio de los cuales el gobierno federal ha entregado fondos para apoyar la provisión de tratamiento, sobre la base de convenios con las autoridades provinciales/territoriales. Estos son:

<sup>10</sup> Más sobre las Cortes de Droga en la sección de la política de control

- **Programa de Tratamiento y Rehabilitación de Alcohol y Drogas:** mediante este programa, el gobierno federal entrega recursos a las provincias y territorios para que – sumados a sus recursos propios- garanticen una oferta suficiente de programas de tratamiento para personas con problemas de alcohol y drogas. Un foco especial del programa son las mujeres y los jóvenes, aunque también se destinan fondos para programas dirigidos a otros grupos de riesgo. El programa contempla, además de las intervenciones específicas (desintoxicación, terapia, tratamiento residencial, etc.), fondos para investigación, evaluación de programas y difusión de la información.
- **Programa de asistencia para el empleo de personas con discapacidades:** programa que excede el ámbito del tratamiento de las adicciones por cuanto su objetivo es ayudar a las personas con problemas o discapacidades (entre los que se incluyen las adicciones) a superar las barreras que les impiden conseguir empleo. Por medio de este programa, el gobierno federal financia iniciativas y servicios que ayudan a las personas a prepararse, encontrar y mantener un empleo. Entre las intervenciones que se han apoyado destacan las de desarrollo de habilidades, orientación y autoempleo.

Además, en la mayoría de los centros penitenciarios se ofrece tratamiento para los internos, el cual es financiado directamente por el gobierno federal. El Servicio Correccional de Canadá es la agencia a cargo. El programa básico se aplica en cuatro niveles de intensidad según las necesidades de cada participante. Además, se ofrecen algunos programas especiales: uno dirigido a condenados con largas carreras delictivas, uno para quienes recién son puestos en libertad orientado a evitar recaídas, uno de género para mujeres y uno para nativos.

## 5. Política de control

En Canadá, hay agencias judiciales, administrativas y de cumplimiento de la ley que son responsables de la política de control; esto es, de investigar, reducir o eliminar el tráfico de drogas ilícitas. Las principales entidades federales involucradas son: el Ministerio del Procurador General (*Solicitor General*), el Departamento de Justicia y el Servicio de Aduanas (*Canada Customs and Revenue Agency*).

El Ministerio del Procurador General lidera y coordina la acción policial, de seguridad y de cumplimiento de penas bajo la Estrategia de Drogas de Canadá. De este departamento depende la Real Policía Montada Canadiense (*RCMP*), servicio policial nacional que destina a aproximadamente 1.000<sup>11</sup> de sus miembros exclusivamente a hacer cumplir la le-

<sup>11</sup> En 1999, habían 15.299 oficiales de policía pertenecientes a la RCMP. Fuente: "Experiencia Comparada en la organización y administración de fuerzas policiales: Alemania, Canadá, Chile, España, Estados Unidos e Inglaterra y Gales", Catalina Mertz, Fundación Paz Ciudadana, febrero de 2000.

gislación sobre drogas, aunque esto es parte de las funciones generales de todos sus integrantes. La RCMP concentra sus esfuerzos federales en los decomisos, la investigación de delitos de tráfico de gran envergadura y el arresto de los cabecillas de las organizaciones criminales dedicadas a ello.

El Departamento de Justicia lleva algunas causas criminales de droga y provee el conocimiento técnico para el desarrollo de la legislación sobre la materia. También participó de la Alianza que dio vida al programa de Cortes de Droga. Este programa ha ido lentamente tomando fuerza en Canadá, siguiendo la idea norteamericana de establecer tribunales dedicados exclusivamente a lidiar con casos relacionados con la droga. La primera Corte de Droga de Canadá se estableció en diciembre de 1998 en Toronto, la segunda abrió en Vancouver y se está pensando en instalarlas en varias otras localidades. En el Recuadro N°1 se expone la experiencia de Toronto.

#### Recuadro N°1 Corte de Droga de Toronto

En Canadá, la primera Corte de Droga fue abierta en diciembre de 1998 en la ciudad de Toronto. Basándose en experiencias similares en otros países –particularmente Estados Unidos- la iniciativa fue concebida como un programa piloto cuyos objetivos fueron: (i) incrementar la seguridad pública por la vía de reducir el abuso de drogas y los crímenes asociados mediante la provisión de tratamiento, y (ii) demostrar que es costo-efectivo usar una combinación de supervisión judicial y tratamiento como alternativa a la reclusión.

La iniciativa contó con recursos otorgados por el gobierno federal y fue fruto del acuerdo y alianza entre el Departamento de Justicia Federal, el Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH), la Corte de Justicia de Ontario, representantes del sistema de justicia criminal con asiento en Toronto, la Policía de Toronto y varias agencias de servicio comunitario, entre varios otros.

La Corte de Droga de Toronto está diseñada para atender a infractores drogodependientes no violentos, que han sido acusados por delitos relacionados con heroína o cocaína (posesión, posesión para traficar y tráfico, entre otros). Los potenciales participantes deben ser aprobados por el fiscal a cargo tomando en consideración una evaluación que realiza la agencia que provee el tratamiento (CAMH). No son elegibles aquellos infractores considerados un peligro para la comunidad. La inclusión en el programa es voluntaria y se da en dos modalidades: (i) como alternativa al proceso, en cuyo caso los cargos son retirados si el participante completa exitosamente el programa y, (ii) post declaración de culpabilidad, en cuyo caso, luego del cumplimiento del programa, el condenado recibe una pena alternativa a la reclusión. Esta última se utiliza cuando los cargos son más graves o cuando el infractor tiene antecedentes.

El programa se organiza en cinco fases: evaluación, estabilización, tratamiento intensivo, mantenimiento y cuidado posterior. Se utiliza un enfoque cognitivo-conductual y a los adictos a la heroína se les ofrece un plan de mantenimiento con metadona. El componente de tratamiento puede durar un año o más, y el éxito se mide en función de una serie de indicadores entre los que se cuentan el logro de la abstinencia, la reducción en el uso, la reincidencia criminal, etc. Una evaluación del año 2001 indica que al comparar con el grupo de control se observan resultados favorables, entre ellos, uso de cocaína en los últimos 90 días: 26,2 veces vs. 55,7(control); uso reciente de cocaína: 57,1 días desde el último consumo vs. 27,5; reincidencia criminal: 52,7% vs. 87,5%; tiempo antes de reincidir: 5,4 meses vs. 2,5.

Se calcula que el costo de este programa por participante es inferior al 10% del costo de un año de reclusión<sup>12</sup>.

Algunos elementos distinguen la Corte de Droga de Toronto de las homónimas norteamericanas son: (i) la posibilidad de administrar metadona a los participantes, (ii) la aspiración a lograr una reducción en el consumo más que la abstinencia total, y (iii) la frecuente inclusión de traficantes, lo que no sucede en la mayoría de los programas de Estados Unidos.

Por su parte, Aduanas (*Canada Customs and Revenue Agency*) tiene la función de interceptar los cargamentos ilegales que intentan entrar al país por la vía terrestre, aérea o marítima. Para ello utiliza una variedad de tecnologías y herramientas entre las que destacan las tecnologías de rayos X y Gamma y el Servicio de Perros Detectores (*Detector Dog Service*). Éste fue creado en 1978 como un programa piloto en el distrito de Windsor y hoy cuenta con 42 equipos caninos localizados estratégicamente en los principales puntos de contrabando a lo largo del territorio canadiense. Entre el primero de enero del 2001 y el 31 de mayo del 2002, el Servicio de Perros Detectores participó en más de 700 operaciones de decomiso de droga valorada en cerca de 100 millones de dólares canadienses.

Uno de los principales “productos” de la política de control son las incautaciones de droga que se realizan en el país. Al respecto, entre 1993 y 2001 éstas presentan evoluciones distintas según el tipo de sustancia en cuestión. Según las cifras entregadas por *RCMP*, tendieron al alza los decomisos de éxtasis y de plantas de marihuana; a la baja, las de hachís; movimientos sin tendencia definida se observaron en heroína y hachís líquido. Por su parte, las incautaciones de cocaína variaron entre mil y tres mil kilos por año, excluyendo 1994 en que la cifra casi llegó a los ocho mil. Por último, las incautaciones de marihuana registraron su máximo en 1997 (Ver Cuadro N°7).

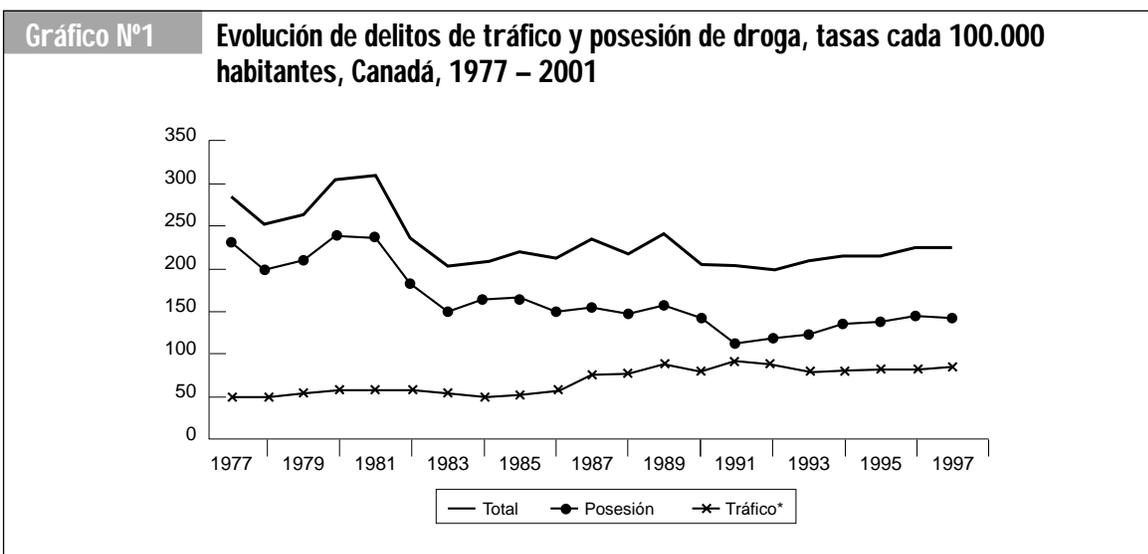
**Cuadro N°7** Evolución de las incautaciones de drogas en Canadá, 1993 – 2001

	Heroína (kg)	Cocaína (kg)	Éxtasis (dosis)	Marihuana (kg)	Marihuana (plantas)	Hachís (kg)	H. líquido (kg)
1993	153	2.731	-	7.314	238.601	56.721	669
1994	85	7.915	-	6.472	288.578	36.614	659
1995	128	1.544	-	5.500	295.999	21.504	663
1996	83	3.110	1.221	17.234	675.863	25.155	805
1997	95	2.090	10.222	50.624	689.239	6.118	824
1998	105	2.604	68.496	29.598	1.025.808	15.924	852
1999	88	1.116	400.000	23.829	954.781	6.477	434
2000	168	1.851	2.069.709	21.703	1.102.198	21.973	1.240
2001	74	1.783	1.871.627	28.746	1.367.321	6.677	397

Fuente: “Drug Situation in Canada 2001”, Drug Analysis Section, Criminal Analysis Branch, Criminal Intelligence Directorate, Royal Canadian Mounted Police; Ottawa, abril 2002

<sup>12</sup> Bentley, P., “Canada’s first drug treatment court”, Toronto: Ontario Court of Justice, October 1999. Citado en: “Drug Treatment Courts: Substance Abuse Intervention within the Justice System”, Noviembre 2000.

Por su parte, la evolución de los delitos vinculados a las drogas (tasa cada 100.000 habitantes) indicó una baja durante fines de los setenta y los años ochenta, para luego aumentar durante los años noventa<sup>13</sup>. Desagregando según el tipo de delito, se observa que la posesión evoluciona de manera muy similar a la cifra agregada (lo que es coherente con el hecho de que represente una fracción importante del total) mientras que en el caso de los ilícitos de tráfico (incluye comercialización, importación y producción) ellos han tendido al alza durante todo el período analizado: 1977 – 2001 (ver Gráfico N°1).

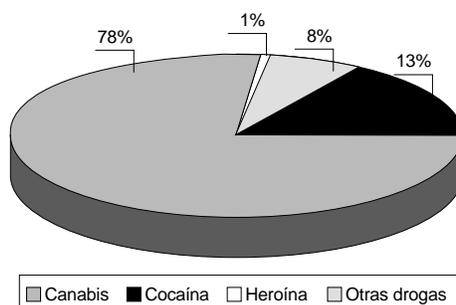


\* Incluye los delitos de importación de drogas y cultivo de marihuana.  
Fuente: Statistics Canada; Uniform Crime Reporting Survey, varios años

Al separar los ilícitos según la clase de droga en cuestión, se observa que en la gran mayoría de ellos está implicado el cannabis (ver Gráfico N°2). El año 2001, esta droga dio cuenta del 78% del total de ilícitos vinculados con droga. En todas las drogas, más de la mitad de los ilícitos son por posesión, pero en el caso del cannabis esta cifra se eleva al 70% (ver Cuadro N°8). Combinando ambos resultados, se obtiene que el delito más frecuente es la posesión de cannabis.

<sup>13</sup> El año 1996 se creó la Ley de Drogas y Sustancias Controladas (CDSA) que reemplazó la antigua legislación vigente contenida en la Ley de Control de Narcóticos (NCA) y partes de la Ley de Drogas y Alimentos (FDA). Este cambio, implicó una mayor cantidad de sustancias controladas, lo que podría explicar parte del aumento registrado desde entonces. Sin embargo, ello no puede ser muy significativo, ya que las principales drogas (cannabis, cocaína y heroína) han estado controladas bajo la nueva y antigua legislación.

**Gráfico N°2** Delitos vinculados con droga en Canadá, según la clase de sustancia, 2001



Fuente: Statistics Canada; Uniform Crime Reporting Survey, varios años

**Cuadro N°8** Importancia relativa de delitos de posesión y tráfico, según clases, Canadá, 2001

Clase de droga	Tráfico ( <i>incluye importación y producción</i> )	Poseción	Total
Cannabis	30%	70%	100%
Cocaína	55%	45%	100%
Heroína	48%	52%	100%
Otras drogas	49%	51%	100%
Total	35%	65%	100%

Fuente: Statistics Canada; Uniform Crime Reporting Survey, varios años

Un último dato relacionado a la política de control se refiere a la proporción de los internos en los centros de reclusión por delitos vinculados a las drogas. Al respecto, la información disponible data del año 1996, por lo que sólo debe ser tenida como un referente. Según ésta, un 9% de la población penal está privado de libertad por delitos vinculados con droga, porcentaje que es bastante homogéneo entre recintos provinciales y federales (ver Cuadro N°9).

**Cuadro N°9** Proporción de encarcelados por delitos de droga, Canadá, 5 de octubre de 1996\*

	Total internos	Internos reclusos por delitos de droga	
		número	porcentaje
En recintos provinciales	22.018	2.007	9%
En Servicio Correccional de Canadá	13.829	1.106	8%
Total	35.847	3.113	9%

\* Los datos corresponden a una medición realizada ese día.

Fuente: "Illicit Drugs and Crime in Canada", Juristat, Canadian Centre for Justice Statistics, 1999

## 6. Aspectos internacionales

Canadá asigna alta prioridad a la cooperación internacional en materia de drogas, en el entendido de que el tráfico ilícito es un problema que desconoce fronteras. Por ello, ha suscrito convenios para trabajar multilateral, regional y bilateralmente en este ámbito.

El país ha ratificado las convenciones de las Naciones Unidas en relación con drogas, al igual que el resto de los países considerados en este estudio, y desempeña un papel activo en este foro internacional, particularmente en la Comisión en Drogas Narcóticas (*Commission on Narcotic Drugs, CND*) y en el programa de Control de Drogas de las Naciones Unidas (*UNDCP*).

Canadá es un miembro activo en varios foros internacionales: el Grupo de Dublín, una instancia de discusión y consulta local, regional y global sobre el tema drogas en cuarenta capitales del mundo; el Grupo de Trabajo de Acción Financiera ("*Financial Action Task Force, FATF*") y su organización hermana, la *FATF* del Caribe, en que se discuten tópicos y se hace evaluaciones entre pares respecto del lavado de dinero; el Grupo de Lyon que ha implementado recomendaciones para combatir el crimen organizado transnacional; foros regionales como la Asociación de Regiones del Sudeste de Asia (*ASEAN*) o la Comunidad del Caribe (*CARICOM*); la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (*CICAD*) dentro del contexto hemisférico, la cual ha impulsado la iniciativa de Mecanismo de Evaluación Multilateral (*MEM*) en que se revisan los avances en la lucha contra las drogas en los países miembros y la región como totalidad; y varios foros internacionales en que se aborda el tema del doping en los deportes.

También participa en la Organización Mundial de Aduanas ("*World Customs Organization, WCO*"), entidad que provee asistencia técnica y capacitación a miembros de los servicios nacionales de aduanas, entre otras múltiples funciones.

Como se mencionó, Canadá también ha establecido relaciones bilaterales con varios países para lidiar con el problema de las drogas. Entre ellas, destaca la cooperación entre Canadá y su única nación limítrofe, Estados Unidos. Por varios años, las policías y

otras agencias de aplicación de la ley de los dos países han establecido contacto y trabajado conjuntamente en operativos de inteligencia, investigaciones, incautaciones, programas de capacitación y otros. Además, ambos países han suscrito convenios, acuerdo y tratados para potenciar el trabajo conjunto. En este contexto, una de las iniciativas más conocidas es la creación de un foro para abordar los ilícitos fronterizos que se detalla en el Recuadro N°2.

**Recuadro N°2****Enfrentando la amenaza de la droga en el límite: Foro Canadiense-Estadounidense para el crimen fronterizo**

Canadá y Estados Unidos han sido aliados cercanos por mucho tiempo y comparten la más larga frontera desguarnecida del mundo. Un objetivo importante para ambos gobiernos es el de facilitar el paso expedito de personas y comercio por el borde, pero disuadiendo efectivamente el traspaso de cargamentos ilegales (como la droga) mediante ella. Para lograrlo, ambos países se han comprometido en metas comunes, intercambian regularmente información y desarrollan iniciativas conjuntas de aplicación de la ley.

Una de estas iniciativas es el Foro Canadiense-Norteamericano para el Crimen Fronterizo (*"Canada-United States Cross-Border Crime Forum"*), establecido en 1997 para fortalecer la cooperación y el intercambio de información entre ambos países. Se reúne anualmente y en él se comparten experiencias y buenas prácticas y se diseñan estrategias para combatir en conjunto el contrabando, el lavado de dinero y otros ilícitos relacionados. El Foro es presidido por el Procurador General de Canadá y el Ministro de Justicia de Estados Unidos y participan en él más de 130 funcionarios de alto rango de las policías y servicios de justicia de ambos países.



## VI. PRESUPUESTO

En su informe del año 2001, el Auditor General de Canadá señaló que “el gobierno federal no pudo proveer información completa sobre la cantidad de recursos gastados para abordar el problema de las drogas ilegales”<sup>14</sup>, lo que se fundamenta en la inexistencia de una contabilidad consolidada permanente sobre la materia, agravado por el hecho de que varios departamentos no llevan un registro de sus gastos atribuibles a las drogas ilegales<sup>15</sup>. Con todo, con la información disponible en ese informe se construyó una estimación de los gastos federales para el año fiscal 1999-2000, que es la que se resume en el Cuadro N°10.

**Cuadro N°10** Estimación de los gastos federales para abordar las drogas ilegales, 1999-2000 (en millones de dólares canadienses)

Tipo de programa	Total gasto federal	
	millones de dólares canadienses	%
Reducción de oferta	404 a 426	94%
Reducción de demanda	28	6%
Total	432 – 454	100%

Fuente: “Illicit Drugs: the Federal Government’s Role”, Report of the Auditor General of Canada 2001, capítulo 11

Según esta estimación, entre los años 1999 y 2000 el gobierno federal habría gastado entre 432 y 454 millones de dólares canadienses (equivalentes a 288-303 millones de dólares americanos) en su estrategia contra las drogas ilícitas. El 94% de este monto se gastó en reducción de oferta, principalmente mediante la RCMP, el Servicio Correccional de Canadá y el Departamento de Justicia<sup>16</sup>. Sólo el 6% se destina a programa de reducción de demanda; es decir, a prevención y tratamiento.

<sup>14</sup> “Illicit Drugs: The Federal Government’s Role”, Report of the Auditor General of Canada 2001, capítulo 11.

<sup>15</sup> Por ejemplo, el Departamento de Servicios Correccionales de Canadá normalmente no separa sus costos de encarcelamiento por delitos.

<sup>16</sup> Las funciones de estas entidades en materia de drogas se describen en la sección “Política de control”.

Se requiere cautela en el momento de las interpretaciones, por cuanto estos valores están contruidos sobre la base de la información parcial que se pudo obtener. Su principal limitación es que sólo fue posible hacer una estimación de los gastos federales, por lo que los datos excluyen el gasto de provincias, territorios y municipalidades que podrían tener una combinación entre programas de reducción de oferta y demanda distintos.

En síntesis, dos observaciones se pueden hacer en relación con el gasto público en materia de drogas. La primera: existe muy poca información disponible, y la segunda: el gobierno federal concentra su gasto casi exclusivamente en la reducción de la oferta de drogas.

Como no existe información disponible sobre el gasto que realizan los gobiernos provinciales en materia de drogas, los datos aquí presentados constituyen una subestimación del presupuesto nacional, lo que puede ser particularmente notorio en el caso de los programas de prevención y tratamiento. Esta situación se ve reforzada por el hecho de que la estimación excluye gastos relacionados con drogas que se encuentran insertos en programas de salud de alcance más amplio, como por ejemplo, programas de asistencia a enfermos de SIDA, programas de prevención del consumo de alcohol, etc.

## VII. RESULTADOS OBTENIDOS

“Canadá no conoce ni el tamaño del problema de la droga ni cómo está cambiando”. Así de categórica es la afirmación del Auditor General de Canadá en su reporte sobre el papel del gobierno federal en relación con las drogas ilícitas<sup>17</sup>. La aseveración se basa principalmente en la escasez e insuficiente calidad de información estadística sobre la materia. Esto también es señalado por el Comité Especial del Senado en Drogas Ilegales (*Senate Special Committee on Illegal Drugs*) en su informe sobre cannabis de septiembre del 2002<sup>18</sup>.

La escasez de datos también se ha observado en el nivel local. Para contrarrestar esta situación, en 1996 se estableció una red para monitorear el uso de drogas y sus consecuencias adversas en el ámbito comunitario conocida con la sigla *CCENDU*. Las ciudades participantes producen informes anuales, los cuales son luego compilados en un resumen nacional. Sin embargo, esto tampoco ha redundado en la existencia de buenos datos locales; la mayoría de los informes contiene números antiguos, y escasean las series de tiempo que permitan analizar tendencias. El último reporte nacional disponible de *CCENDU* corresponde al año 2000 y en él se señala que no fue posible hacer un resumen nacional como los anteriores, debido a los limitados datos y pocos sitios que reportaron; sólo se resumen las principales conclusiones de los informes locales. En el Recuadro N°3 se reproduce el listado con los principales hallazgos del informe, como un primer indicador sobre la situación de drogas en Canadá.

<sup>17</sup> “Illicit Drugs: the Federal’s Government Role”, Report of the Auditor General of Canadá, 2001.

<sup>18</sup> “Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy”, report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs, septiembre 2002.

### Recuadro N°3 Principales hallazgos del Reporte Nacional de CCENDU 2000 sobre abuso de drogas y consecuencias adversas asociadas

- *Aumentos en el uso de drogas ilícitas:* aunque las tasas de uso de drogas son más bajas que las de Estados Unidos, hay signos que indican que el uso de sustancias ilícitas se está incrementando entre los adolescentes canadienses.
- *Éxtasis:* el uso de éxtasis en las fiestas de música electrónica es una preocupación mayor en la mayoría de los sitios que producen sus informes locales, y un tema recurrente en los medios de comunicación.
- *Muertes por sobredosis en British Columbia:* un aspecto que sigue siendo relevante respecto de la situación de drogas en Canadá son las altas tasas de muertes por sobredosis entre los usuarios de droga de esta provincia, particularmente en la zona este del centro de Vancouver.
- *El papel de la inyección de drogas en la difusión de enfermedades contagiosas:* esta vía de administración de drogas es hoy la principal causa de nuevos infectados con HIV en todos los sitios; además, se evidencian altas tasas de hepatitis entre los usuarios que se inyectan.
- *Juegos de apuesta:* varios de los sitios que reportan a CCENDU incluyen indicadores sobre el juego problemático o patológico, indicando aumentos en los problemas asociados a ello.

Dicho lo anterior, a continuación se presentan los datos que fue posible recopilar sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en Canadá, con el objeto de evaluar los resultados obtenidos por su estrategia.

## 1. Consumo de drogas

Aunque la misión explícita de la estrategia canadiense en relación con las drogas es reducir el daño asociado a ellas, se señala como primer objetivo para lograrlo la reducción de la demanda de sustancias adictivas, razón por la cual se revisa la evolución del consumo de drogas propiamente tal.

### A. Consumo de la población general

El último estudio de carácter nacional sobre consumo de drogas fue realizado el año 1994, y hasta diciembre de 2002 no se había publicado nada posterior. Existe una medición anterior de este mismo estudio que data de 1989 y hay resultados de otras encuestas nacionales sobre uso de sustancias ilícitas de 1985, 1990, 1993. Estos antecedentes fueron recopilados y presentados conjuntamente en 1999 por el Centro para la Adicción y la Salud Mental (*Centre for Addiction and Mental Health, CAMH*) en la publicación "*Canadian Profile*" y son los que se resumen en el Cuadro N°11.

**Cuadro N°11** Consumo (prevalencia año) de algunas drogas ilegales en Canadá, mayores de 15 años, 1989 – 1994

	Estudio	Cannabis	Cocaína	LSD, speed o heroína
1985	Health Promotion Survey	5,6%	0,9%	
1989	National Alcohol and Other Drugs Survey	6,5%	1,4%*	0,4%*
1990	Health Promotion Survey	5,0%	**	
1993	General Social Survey	4,2%	0,3%	0,3%*
1994	National Alcohol and Other Drugs Survey	7,4%	0,7%	1,1%

\* variabilidad muestral moderada; intérpretese con precaución.

\*\* dato suprimido por gran variabilidad muestral.

Fuente: CAMH, Canadian Profile 1999

Tomando las dos mediciones del Estudio Nacional sobre Alcohol y Otras Drogas (*National Alcohol and Other Drugs Survey*), se observa un aumento del consumo de cannabis y de la categoría “LSD, “speed o heroína” entre 1989 y 1994. La fracción que declaró haber consumido cocaína durante el último año se redujo a la mitad, pero se debe ser cauteloso en las interpretaciones, según señala la fuente oficial.

Tomando en consideración que el último dato nacional tiene ya ocho años de antigüedad, se presenta a continuación la evolución del consumo de drogas ilegales en Ontario<sup>19</sup>, provincia que tiene series más largas y con datos más recientes.

**Cuadro N°12** Consumo (prevalencia año) de algunas drogas ilegales en Ontario, mayores de 18 años, 1977 – 2000

	Cannabis	Cocaína	Éxtasis
1977	8,1%	-	-
1982	8,2%	-	-
1984	11,2%	1,7%	-
1987	9,5%	1,8%	-
1989	10,5%	2,1%	-
1991	8,7%	1,6%	-
1992	6,2%	-	-
1994	9,0%	-	-
1996	8,7%	-	-
1997	9,1%	-	-
1998	8,6%	-	-
1999	10,4%	-	-
2000	10,8%	1,2%	1,8%

Nota: las celdas vacías significan que el dato no se reporta en la fuente. En algunos casos es por la alta variabilidad muestral; en otros, no se señala.  
Fuente: CAMH Monitor Report: Addiction and Mental Health Indicators among Ontario Adults, 1977 – 2000

<sup>19</sup> La provincia de Ontario –cuya capital es Toronto– tiene 12.068301 habitantes, lo que corresponde al 38% de la población total de Canadá. Fuente: Statistics Canada.

Según esta fuente, la fracción de personas en Ontario que consumió cannabis en base anual (prevalencia año) habría fluctuado entre 6,2% y 11,2% durante el período cubierto<sup>20</sup>. El consumo de cocaína estaría más bajo el año 2000 que a fines de los años ochenta y el 1,8% de los habitantes de Ontario habría consumido éxtasis ese año, sin que se disponga de cifras anteriores para comparar.

## B. Consumo en la población escolar

En términos generales, el consumo de drogas ilegales en la población escolar de Canadá aumentó entre 1990 y 1998, según da cuenta la encuesta sobre salud que realiza el Ministerio de Salud<sup>21</sup>. Los datos se presentan en el Cuadro N°13

	ESTUDIANTES 8 <sup>o</sup>			ESTUDIANTES 10 <sup>o</sup> (2 <sup>o</sup> MEDIO)		
	1990	1994	1998	1990	1994	1998
<b>Cannabis</b>						
hombres	11%	13%	21%	26%	30%	44%
mujeres	10%	11%	18%	24%	27%	41%
<b>Cocaína</b>						
hombres	2%	4%	5%	4%	3%	6%
mujeres	1%	2%	3%	2%	3%	5%
<b>Anfetaminas</b>						
hombres	3%	4%	6%	7%	6%	9%
mujeres	2%	3%	4%	6%	7%	9%
<b>LSD /ácido</b>						
hombres	5%	6%	7%	10%	14%	13%
mujeres	3%	6%	5%	6%	15%	13%
<b>Solventes</b>						
hombres	6%	9%	10%	7%	7%	9%
mujeres	6%	8%	9%	5%	5%	6%

Fuente: Trends in the Health of Canadian Youth, Health Behavior in School-Age Children, Health Canada, 1999

La tendencia alcista se registra tanto en hombres como en mujeres; también entre los alumnos de octavo básico y entre los de segundo medio. La excepción la constituye el consumo de LSD y ácidos, que decrece entre 1994 y 1998 entre los escolares del curso superior.

<sup>20</sup> Los autores señalan que el año 1992 hubo una diferencia metodológica en la forma en que se formuló la pregunta, lo que explicaría el bajo valor reportado (6,2%).

<sup>21</sup> "Trends in the Health of Canadian Youth, Health Behavior in School-Age Children", Health Canada, 1999

## 2. Daños asociados a las drogas

La meta central de la política canadiense de drogas es minimizar el daño asociado al consumo de sustancias. Esto implica que, además de los esfuerzos por reducir la utilización de drogas -que son la forma en que idealmente se eliminarían todas las consecuencias negativas del abuso de sustancias-, se desarrollan programas orientados a reducir los efectos inmediatos que el abuso puede provocar, como son las muertes por sobredosis, el contagio de enfermedades producto del intercambio de jeringas entre usuarios, etc.

No fue posible obtener series de tiempo nacionales sobre estos temas de modo de poder analizar su evolución; sólo existe este tipo de estadísticas para algunas ciudades, que se presentan a continuación. Cabe señalar que ellas de ningún modo pueden ser utilizadas para evaluar la política nacional, por lo que su inclusión en este informe es sólo de carácter ilustrativo.

### A. Toronto

Toronto es la ciudad con más larga tradición en la recolección y sistematización de la información sobre uso de drogas de Canadá. La serie "Uso de Drogas en Toronto" publicó su décimo primer ejemplar correspondiente al año 2001, siendo ésta la fuente de las estadísticas sobre muertes asociadas al abuso de sustancias que a continuación se presentan<sup>22</sup>.

Durante el período comprendido entre 1986 y 1998, el número de muertes por abuso de alcohol o drogas en Toronto fluctuó entre un máximo de 173 en 1994 y mínimo de 96 en 1996. En el Gráfico N°3 se presentan los datos.

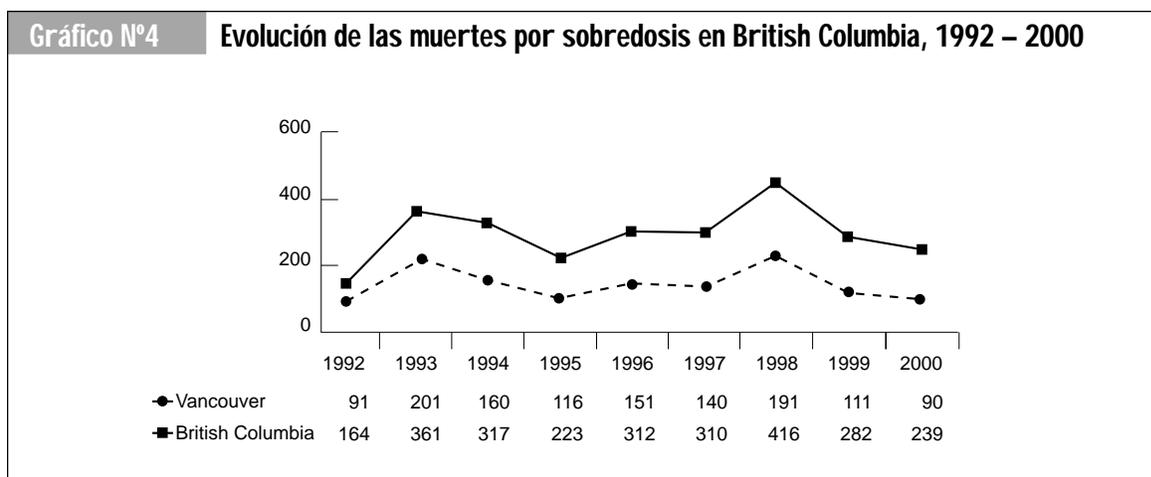


Fuente: Office of the Chief Coroner of Ontario, citado en Drug Use in Toronto, 2001

<sup>22</sup> Drug Prevention Centre, "Drug Use in Toronto, 2001". Disponible en [www.city.toronto.on.ca/drugcentre](http://www.city.toronto.on.ca/drugcentre). Este es el reporte anual que se entrega a CCENDU.

## B. Bristish Columbia / Vancouver

El informe sobre uso de drogas de Vancouver correspondiente al año 2001 señala que la provincia de British Columbia tiene las más altas tasas absolutas y per-cápita de muertes por sobredosis del país. El número de decesos por este motivo alcanzó en la provincia su máximo el año 1998 (416) y descendió los dos años siguientes. En el Gráfico N°4 se presenta la evolución de este indicador entre 1992 y 2000 para British Columbia y su capital, Vancouver.

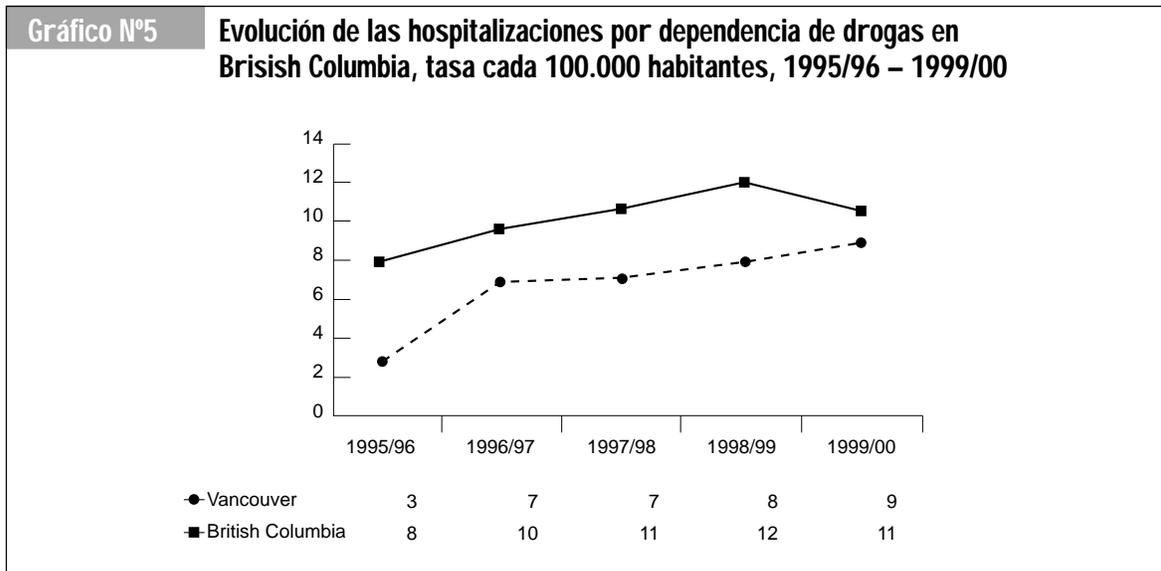


Fuente: CCENDU-Vancouver Site, Vancouver Drug Use Epidemiology – 2001, Enero 2001.

El año 2001 se estableció un convenio entre varias instituciones para proveer información epidemiológica más detallada sobre estas muertes, el cual ya ha arrojado algunos datos para el trienio 1997 – 1999. En ese período, la heroína fue la causa o contribuyó en el 74% de las muertes y la cocaína estuvo presente en el 49%<sup>23</sup>.

Por otra parte, las hospitalizaciones por dependencia de drogas han aumentado fuertemente en Vancouver y todo British Columbia entre 1995/96 y 1999/00 (ver Gráfico N°5). En la capital, la tasa cada 100.000 habitantes se triplicó pasando de 3 a 9. Esto sugiere un aumento en la población dependiente pero se requerirían estudios sobre prevalencia y adicción para corroborar o rechazar esta hipótesis.

<sup>23</sup> Una muerte puede ser provocada por el consumo de una o más sustancias.



Fuente: CCENDU-Vancouver Site, Vancouver Drug Use Epidemiology – 2001, Enero 2001.

En síntesis, la insuficiencia de información sobre consumo de drogas y sus consecuencias imposibilita el análisis de los resultados obtenidos por la estrategia nacional sobre drogas. Con todo, los datos disponibles no son alentadores: el consumo parece haber aumentado y no hay indicadores de reducción de daño que muestren un avance sostenido.



## VIII. COMENTARIOS FINALES

En su reporte referido al papel del gobierno federal en materia de drogas del año 2001, el Auditor General de Canadá se refirió en términos bastante duros a la falta de liderazgo y coordinación en la estrategia, a la escasez y obsolescencia de la información disponible, y a la inexistencia de una cuenta pública exhaustiva, que explique qué está haciendo el gobierno en todos sus niveles para enfrentar el problema de las drogas. Esto pudo ser confirmado mediante la presente investigación. De hecho, los datos son pocos, los reportes públicos son insuficientes y escasea la información consolidada en términos de país. Todo ello dificulta la posibilidad de conocer y entender la política canadiense en drogas y, en mayor grado, de consignar sus logros y fracasos.

Lo anterior se ve dificultado por la manera en que se han definido las metas y objetivos de la estrategia como un todo. En efecto, la aspiración de largo plazo es la de reducción de daño, la cual, si no va acompañada de objetivos precisos, medibles, con plazos establecidos e indicadores definidos desde el comienzo, no es más que una declaración de principios. Sin metas precisas, difícilmente se podrá ejercer un liderazgo que alinee la acción de todos los niveles y actores, no habrá patrón para definir específicamente qué tipo de información se requiere, y estará ausente uno de los elementos más fundamentales de toda cuenta pública, cual es la información respecto del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

Con todo, hay un elemento de la política canadiense que conviene destacar: dado el enfoque de salud pública, el problema del abuso de sustancias y la estrategia para su reducción considera no sólo las drogas ilegales, sino también el alcohol, el uso de medicamentos sin prescripción médica que la requieren, el abuso de medicamentos que pueden ser adquiridos sin prescripción, la utilización de sustancias para mejorar el rendimiento en los deportes y, en general, cualquier sustancia que tenga el potencial de ser mal usada, sin distinción según su status legal. La excepción es el tabaco, cuyo consumo se aborda mediante una estrategia paralela, orientada exclusivamente a minimizar los daños asociados al fumar. Sin embargo, la mayoría de los programas preventivos de

droga considera todas las sustancias con potencial de abuso, incluida la nicotina. Otros países –como Reino Unido y España- hacen algo similar, pero el énfasis con que se refuerza este elemento en el caso canadiense hace que se destaque en este sentido.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

19. "Canada's Drug Strategy", 1998. En [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/pdf/englishstrategy.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/pdf/englishstrategy.pdf)
20. "Controlled Drugs and Substance Act", 1996
21. "Drug Treatment Courts: Substance Abuse Intervention within the Justice System", a policy discussion paper prepared by Darlene James and Ed Sawka of the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission on behalf of the Canadian Centre on Substance Abuse National Working Group on Addictions Policy, noviembre 2000. En [www.ccsa.ca/docs/DrugCourts.htm](http://www.ccsa.ca/docs/DrugCourts.htm)
22. "Illicit Drugs: the Federal Government's Role", 2001 Report of the Auditor General of Canada, capítulo 11.
23. Bindman, Stephen, "The Toronto Drug Treatment Court Program". En <http://canada.justice.gc.ca/en/dept/pub/jc/vol1/no1/drug.html>
24. CAMH Monitor Report, "Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977 – 2000", CAMH Research Documents Series, N°10, 2001.
25. Canada Customs and Revenue Agency, "Canada Customs and Revenue Agency- Drug Seizures", fact sheet, septiembre 2002.
26. Canadian Centre for Justice Statistics (CCSA), "Illicit Drugs and Crime in Canada", Juristat, 1999.
27. Canadian Centre on Substance Abuse, "Cannabis Control in Canada: Options Regarding Possession", Ottawa, mayo 1998.
28. Canadian Community Epidemiological Network on Drug Use, "Overview Report", 2000. En [www.ccsa.ca/ccendu/Reports/2000national.htm](http://www.ccsa.ca/ccendu/Reports/2000national.htm)
29. Canadian Foundation for Drug Policy (CFDP), "Canada's Previous Drug Laws". En [www.cfdp.ca/drug.htm](http://www.cfdp.ca/drug.htm)
30. CCSA y CAMH, "Canadian Profile 1999, highlights. En [www.ccsa.ca/profile/cp99alc.htm](http://www.ccsa.ca/profile/cp99alc.htm).
31. CCSA, "Drug Treatment Courts: Substance Abuse Intervention within the Justice System", noviembre 2000.
32. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), "Ontario Drug Monitor 1998: Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use, 1977 – 1998", CAMH Research Document Series, N°4, 1999.
33. Common Sense for Drug Policy "Canada Moves toward Reform of Drug Policies".

34. Drug Prevention Centre, "Drug Use in Toronto 2001. En [www.city.toronto.on.ca/drugcentre](http://www.city.toronto.on.ca/drugcentre).
35. Health Canada, "Best Practices Substance Abuse Treatment and Rehabilitation", 1998.
36. Health Canada, "Profile Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada", 1999.
37. Health Canada, "Straight Facts about Drugs and Drug Abuse", 2000. Disponible en [www.cds-sca.com](http://www.cds-sca.com).
38. Multilateral Evaluation Mechanism (MEM), "Canada: Evaluation of Progress in Drug Control 1999"- 2000".
39. Office of Canada's Drug Strategy, Health Canada, "Preventing Substance Use Problems Among Young People: a Compendium of Best Practices", 2001.
40. Pernanen Kai y Brochu Serge, "Attributable Fractions for Alcohol and Other Drugs in Relation to Crime in Canada, Literature Search and Outlines of Data Bank", Octubre 1997. En [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca).
41. RCMP, "Drug Situation in Canada- 2001", Ottawa, abril 2002. En "[www.rcmp-grc.gc.ca/crim\\_int/drugs\\_2001\\_e.htm](http://www.rcmp-grc.gc.ca/crim_int/drugs_2001_e.htm)
42. Royal Canadian Mounted Police (RCMP), "About the RCMP". En [www.rcmp-grc.gc.ca/about/index\\_e.htm](http://www.rcmp-grc.gc.ca/about/index_e.htm).
43. Senate Canada, "Cannabis: our Position for a Canadian Public Policy", report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs, septiembre 2002.
44. Single, Eric et. al; "The Costs of Substance Abuse in Canada", 1996.
45. Statistics Canada; "Uniform Crime Reporting Survey", varios años.
46. CCENDU, "Vancouver Drug Use Epidemiology-2001", enero 2001.

**CAPÍTULO 3**  
**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS  
LA ESTRATEGIA DE ESPAÑA**

Agosto 2002



# ÍNDICE

I. Resumen	101
II. Introducción	103
III. Legislación	105
1. Legislación nacional	105
2. Legislación de las Comunidades Autónomas (CC.AA.)	107
IV. Entidades públicas participantes	109
V. Estrategia	111
1. Fundamentos y evolución	111
2. Metas	112
3. Política de prevención	113
4. Política de asistencia de adictos	121
5. Política de control	125
6. Aspectos internacionales	128
VI. Presupuesto	131
1. Gasto de la Administración Central y las Comunidades y Ciudades Autónomas	131
2. El Fondo de Bienes Decomisados	133
VII. Resultados obtenidos	135
1. Consumo de drogas	135
2. Resultados de las políticas de reducción de daños	140
VIII. Comentarios finales	143
IX. Bibliografía	145



## I. RESUMEN

La “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 – 2008” es el marco general en el que se desarrollan las diversas intervenciones de reducción de oferta y demanda de sustancias adictivas en España, en el ámbito nacional, autonómico y local. Su desarrollo demoró cerca de un año y fue fruto del trabajo conjunto de múltiples entidades públicas y privadas. Le antecede el Plan Nacional sobre Drogas de España (1985), el cual luego de 15 años de aplicación, sirvió de base para el diseño del nuevo plan maestro.

El eje de la estrategia es la prevención, pero ello no desconoce la importancia de las otras áreas de intervención. Los programas de educación se combinan con la provisión de tratamiento y las iniciativas de reducción de daño para crear un frente integrado para reducir la demanda. Asimismo, se desarrolla una política de control para la represión del tráfico en la que es clave la coordinación internacional, lo que configura una estrategia global.

A continuación se resumen los elementos principales de la acción en los distintos campos.

- (i) **Prevención:** es el eje de la estrategia. Se intenta evitar el consumo y el daño asociado a éste. Se realiza en múltiples niveles, entre los que destacan los programas escolares, comunitarios, familiares, para jóvenes fuera del sistema de educación formal, dentro de las cárceles, y mediante los medios masivos de comunicación.
- (ii) **Asistencia de adictos:** incluye una variedad de modalidades de tratamiento, asistencia general y programas de reducción de daños. Destacan los programas de apoyo a la incorporación social y laboral de dependientes que incluyen cursos de formación, orientación para conseguir empleo y alternativas para resolver problemas habitacionales. Los tratamientos de deshabitación incluyen desintoxicaciones cortas, programas ambulatorios y residenciales. Además, dentro de los recintos carcelarios se ofrecen prácticamente los mismos programas que fuera de éstos, entre los que se incluyen las intervenciones ambulatorias y en módulos aislados, el canje de jeringas y la distribución de metadona.

**(iii) Política de control:** para reprimir el tráfico se trabaja en tres frentes: combatiendo las organizaciones internacionales que se dedican al comercio de sustancias ilícitas, controlando el comercio dentro del país, e interviniendo las ventas al por menor. Fruto de esta política, el número de detenidos y denunciados por tráfico ha aumentado considerablemente desde mediados de los años noventa. Para controlar el uso de drogas, la ley sólo permite la imposición de sanciones administrativas (multas) por consumo en lugares públicos o posesión, prohibiendo la reclusión. El número de sanciones administrativas se ha mantenido dentro de un rango (entre 47.000 y 50.000 anuales) y cerca del 10% de ellas es suspendido y reemplazado por tratamiento, en virtud de la legislación vigente.

Respecto de los resultados, quizá el más evidente se refiere a la superación de la epidemia de heroína, que causó graves daños durante los años ochenta. En efecto, desde mediados de los años noventa la fracción de la población que declara consumir la droga experimental, ocasional y frecuentemente ha tendido a la baja; los usuarios que se inyectan son cada vez menos y, el número de casos de SIDA asociado al uso intravenoso de drogas también ha descendido.

Al analizar el consumo de otras drogas en la población española de 15 y 65 años durante la segunda mitad de la década de 1990, se observaron ciertos signos que indicaban que éste había tocado techo y que estaba comenzando a descender. Sin embargo, los resultados de la recientemente publicada encuesta 2001 muestran que el consumo vuelve a aumentar, con varias sustancias llegando en el niveles incluso superiores a los de 1997. Entre ellas, la marihuana y la cocaína, que son las que presentan las más fuertes alzas en este grupo de drogas. El alcohol y el tabaco también presentan incrementos.

Las encuestas sobre consumo a la población escolar (14 a 18 años) también muestran un aumento en el consumo de cannabis y de éxtasis durante la segunda mitad de los años noventa, pero se observa una estabilización y hasta descenso del consumo en sustancias como el alcohol, anfetaminas, inhalantes y alucinógenos. En relación con la cocaína, entre 1998 y 2000 aumenta la experimentación, pero se reduce la prevalencia año y mes.

## II. INTRODUCCIÓN

El problema de la droga está entre las principales preocupaciones de la sociedad española, según da cuenta la encuesta mensual que realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)<sup>1</sup> del país. En la medición de junio del 2002, la droga es mencionada espontáneamente como uno de los tres principales problemas que existen actualmente en España por el 12,2% de los encuestados, ubicándola en el quinto lugar de importancia luego del paro, el terrorismo (ETA), la inmigración y la inseguridad ciudadana.

Varias transformaciones respecto del fenómeno de la droga han tenido lugar durante los años noventa y principios del nuevo milenio en España: la epidemia de heroína comenzó a ceder, la cocaína ganó terreno entre las drogas por las que se pide asistencia, el éxtasis y otras sustancias sintéticas se hicieron espacio, etc.

Por estos y otros motivos, el Gobierno de España considera que la promoción de una política efectiva y realista para enfrentar las drogas debe ser una cuestión prioritaria en su agenda. Ya en 1985 el país contaba con un Plan Nacional sobre Drogas, el cual fue evolucionando hasta dar vida -en diciembre de 1999- a la "Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 – 2008". La nueva carta de navegación fue fruto de un intenso proceso de debate y consulta, en el que participaron diferentes instituciones y organismos pertenecientes al Gobierno Central, las Comunidades Autónomas (CC.AA) y la sociedad en general representada en diversas ONG que trabajan en este ámbito. Además, el texto fue presentado en varias instancias de consulta -incluyendo la Comisión Mixta del Congreso para el Estudio del Problema de la Droga-, logrando un extendido consenso en todos los sectores. Lleva ya más de dos años de aplicación y las autoridades y la sociedad civil siguen comprometidas en su aplicación.

<sup>1</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas, "Barómetro de Junio", estudio nº2.459, junio 2002. El estudio es de carácter nacional y cubre a la población española de ambos sexos de 18 años o más. El tamaño de la muestra es de 2.500 y tiene un error de +/- 2% con un nivel de confianza del 95,5%.

La política española tiene ciertas particularidades que la hacen especialmente interesante. Su comprometido acento preventivo, su combinación de programas libres de drogas y de reducción de daño, la existencia de una institucionalidad única de alto rango a cargo de su conducción, la inclusión de las drogas legales e ilegales en la misma estrategia - entre otros varios elementos- la convierten en un referente relevante y explican por qué España ya ha sido utilizada como modelo por varios otros países en el desarrollo de sus propios planes nacionales<sup>2</sup>.

Lo que resta del presente informe se organiza de la siguiente manera. Al capítulo III, relativo a la legislación sobre drogas, sigue el IV, que muestra la organización del aparato público español para desarrollar y aplicar la estrategia. En el capítulo V se hace una revisión de la estrategia. Este capítulo se organiza en seis apartados, en que se revisan los fundamentos y evolución, las metas, la política de prevención, la política de asistencia de adictos, la política de control y algunos aspectos internacionales de la estrategia, respectivamente. En el capítulo VI se revisa el presupuesto destinado a ella; en el VII se discuten los resultados obtenidos y, finalmente, en el VIII se presentan algunos comentarios generales sobre el enfoque español para enfrentar el problema de las drogas.

<sup>2</sup> De hecho, la Comisión Europea le asignó a España cinco de los diez proyectos de hermanamiento en materia de drogas que han salido a concurso para prestar asistencia a los países candidatos a la Unión Europea en la puesta en marcha de sus programas nacionales de droga.

## III. LEGISLACIÓN

España es una monarquía parlamentaria. Está territorialmente dividida en 17 Comunidades Autónomas (y dos Ciudades Autónomas), cada una de las cuales está dotada de poderes legislativos en ámbitos específicos, aunque ciertas materias de ley son exclusivas del Estado y tienen carácter nacional. Las CC.AA, por su parte, gozan de algunas competencias legislativas y ejecutivas (compartidas con el Estado o exclusivas) en relación con varios asuntos, entre los que cabe encuadrar los aspectos relacionados con la prevención del abuso de drogas y la asistencia y reinserción social de los afectados por ello.

En la primera sección de este capítulo se presenta la legislación española con carácter nacional respecto de los delitos relativos a las drogas y las penas asociadas, contenida en el Código Penal (1995) y en la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (1992). En la segunda, se discuten brevemente las materias que cubren las legislaciones autonómicas sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias.

### 1. Legislación nacional

#### A. Tráfico y fabricación

El Código Penal español (1995) castiga como delitos el cultivo, la elaboración y el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas así como, en general, cualquier otra actividad que tienda a promover, favorecer o facilitar su consumo ilegal.

En la legislación española, sin embargo, no existe una definición específica de “estupefacientes”, ni de “sustancias psicotrópicas”. Tampoco hay en las normas ninguna lista que contenga una clasificación específica de las drogas controladas o fiscalizadas. Por ello, las autoridades judiciales acuden -para la interpretación y aplicación de las normas-, a las remisiones establecidas en los artículos 2 de la Ley 17/1967 y 1 del Real Decreto 2829/1977, a los listados de sustancias

estupefacientes y psicotrópicas contenidas, respectivamente, en los anexos de la Convención Única de las Naciones Unidas de 1961 y de la Convención de las Naciones Unidas de 1971, así como también a diversas normas reglamentarias internas, que, con posterioridad a la aprobación de tales Convenciones, han extendido el sistema de fiscalización a otras sustancias originalmente no controladas.

El Código señala que las penas previstas para tráfico ilícito de sustancias deberán aplicarse teniendo en cuenta la gravedad de los daños que ellas puedan causar a la salud de los consumidores. Así, la venta de heroína o cocaína se castiga con penas más graves que la venta de cannabis, dado que los riesgos para la salud son diferentes en uno y otro caso. Además, el juez debe tomar en consideración varios otros elementos que actúan como atenuantes y agravantes de la responsabilidad penal para establecer la pena dentro de los rangos legales. Concurren agravantes en los supuestos de adulteración; cuando se trate de grandes cantidades; cuando se realice la venta a menores de 18 años; cuando se introduzcan las sustancias en centros docentes, en establecimientos penitenciarios o en establecimientos militares; cuando se realice la venta en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos; cuando el ofrecimiento se hace a personas sometidas a tratamiento de rehabilitación, y otros. El caso es considerado especialmente agravado cuando las conductas sean de extrema gravedad o cuando se trate de los jefes, administradores o encargados de asociaciones que tuvieren como finalidad difundir las sustancias y productos prohibidos.

En el Cuadro N°1 se presentan las penas aplicables por tráfico, cultivo o elaboración de drogas, según la información que publica la Delegación Nacional para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).

<b>Cuadro N°1 Penas por delitos de tráfico, cultivo o elaboración de drogas</b>		
	<b>Drogas que causan grave daño a la salud</b>	<b>Otras drogas</b>
Tipo básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusión de 3 a 9 años</li> <li>• Multa del tanto al triple*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusión de 1 a 3 años</li> <li>• Multa del tanto al duplo*</li> </ul>
Tipo agravado**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusión entre 9 años y 13 años 6 meses</li> <li>• multa del tanto al cuádruplo*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusión de 4 años 6 meses a 6 años 9 meses</li> <li>• Multa del tanto al cuádruplo*</li> </ul>
Tipo especialmente agravado**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusión de 13 años 6 meses a 20 años 3 meses</li> <li>• multa del tanto al séxtuplo*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclusión de 4 años 6 meses a 6 años 9 meses</li> <li>• Multa del tanto al séxtuplo*</li> </ul>

Notas: \* En las multas los montos se calculan en relación con el valor final de la droga objeto del delito.

\*\* En texto principal se especifica qué son los tipos agravados.

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas

Igualmente, se castigan como delitos la adquisición, conversión o transmisión de bienes si se conoce que su origen proviene de un delito de tráfico de drogas o de tráfico de precursores (blanqueo de bienes). También está castigada penalmente la fabricación, transporte, distribución y comercio de los denominados “precursores” (sustancias químicas susceptibles de empleo en la elaboración de drogas ilegales), conociendo que van a emplearse en el cultivo, fabricación o tráfico de estas sustancias.

La legislación contempla la posibilidad de suspender la ejecución de las penas privativas de libertad de duración no superior a tres años, impuestas por delitos cometidos como consecuencia de la dependencia a drogas, siempre que los condenados se encuentren ya rehabilitados o sometidos a tratamiento, o se sometan al mismo, y no se trate de reos habituales.

Respecto del procesamiento y actuación judicial, el sistema jurídico español se basa en el principio de legalidad, de acuerdo con el cual todos los encargados del cumplimiento de la ley (policías, fiscales y jueces) tienen la obligación de perseguir la totalidad de delitos de los que tengan conocimiento, y aplicar la ley en sus estrictos términos, con lo cual, en la práctica, existe muy escaso margen para aplicar criterios discrecionales.

## **B. Consumo y posesión**

Hasta 1992 ni el consumo ni la posesión de drogas estaban prohibidos en la legislación española. Ese año se dictó la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, que establece que el consumo en lugares públicos, el abandono de instrumentos utilizados para el consumo en lugares públicos y la posesión ilícita de drogas ilegales son infracciones y objeto de sanciones administrativas (multa de entre 300 y 30.000 euros)<sup>3</sup>. No obstante, la misma ley señala que la ejecución de la sanción puede ser suspendida si la persona se somete a tratamiento<sup>4</sup>.

## **2. Legislación de las Comunidades Autónomas (CC.AA)**

La mayoría de las CC.AA cuenta con legislaciones propias relacionadas con las drogas que cubren principalmente las áreas de prevención, asistencia y reinserción. El objeto es regular, dentro de su ámbito territorial y en el marco de las competencias que como CC.AA tienen, un conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir el consumo de drogas y a asistir y reinserter a las personas que sufren este problema. Asimismo, se busca proteger a terceras personas que pudieren verse afectadas por el consumo de otros. Estas leyes se refieren no sólo a las drogas ilegales sino también al tabaco, al alcohol y a los solventes volátiles.

<sup>3</sup> Entre 288 y 28.812 dólares. Paridad al 30 de Diciembre de 2002: 0,9604 euros por dólar.

<sup>4</sup> Sobre aplicación de estas leyes, ver Capítulo V, sección “Política de control”.

En términos generales, estas leyes señalan las obligaciones de los poderes públicos en estos temas. A continuación se exponen algunos ejemplos en las distintas áreas de intervención. En prevención, las legislaciones señalan que corresponde a los poderes públicos desarrollar, promover, apoyar, coordinar y controlar los resultados de programas y actuaciones tendientes a informar adecuadamente a la población sobre las drogas y formar profesionales en prevención. En asistencia, señalan que los poderes públicos deberán garantizar la atención a los drogodependientes en igualdad de condiciones que al resto de la población, en sus aspectos sanitarios. En materia de información, las legislaciones exigen a los gobiernos locales la promoción de encuestas periódicas y estudios epidemiológicos y la evaluación de programas de prevención, asistencia y reinserción. De cada uno de éstos (y restantes) principios generales se derivan una serie de requerimientos específicos para instituciones particulares como son la administración sanitaria, laboral y educativa, la policía de la CC.AA, los medios de comunicación, los servicios de salud, etc. Asimismo, se definen las infracciones por el incumplimiento de los mandatos de estas leyes y las sanciones factibles de ser aplicadas.

## IV. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

A la administración central española le corresponden las siguientes funciones en el ámbito de la Estrategia Nacional sobre Drogas: en relación con la reducción de la demanda, debe dirigir sus acciones en torno a la prevención, especialmente en los campos de la formación, investigación, coordinación y evaluación. Respecto de la represión de la oferta, le corresponde la regulación normativa y la represión del tráfico ilícito y el blanqueo de capitales. En cuanto a la cooperación internacional, le corresponde relacionarse y participar en los organismos internacionales.

En este nivel, el órgano máximo encargado de la estrategia es la Delegación Nacional para el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio del Interior y dirigido por el Delegado Nacional. Esta entidad reporta al Grupo Interministerial, presidido por el Ministro del Interior y del que forman parte los Ministros de Justicia, de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo, y de Trabajo y Asuntos Sociales, así como el Secretario de Estado de Hacienda, el Secretario de Estado de Economía y el Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes. La Secretaría de este Grupo Interministerial la ostenta el Delegado del Gobierno para el PNSD. Éste es un modelo de trabajo poco usual en Europa, siendo España uno de los pocos países de la Unión Europea que une todos los aspectos relativos a las drogas y la drogadicción en un organismo con capacidad de decisión de muy alto nivel, directamente dependiente del Primer Ministro, del Jefe de Estado o del Gobierno<sup>5</sup>. Además, los ministerios de Sanidad y Consumo; de Educación, Cultura y Deporte; de Trabajo y Asuntos Sociales; de Defensa y, de Asuntos Exteriores tienen competencias individuales en relación con las drogas en sus respectivas áreas de competencia.

Por su parte, a los órganos de gobierno y legislativos de las Comunidades Autónomas les compete la elaboración de sus respectivos Planes Autonómicos en materia de drogas, con el soporte legal correspondiente. Asimismo, deben

<sup>5</sup> En Europa, sólo Francia y Portugal utilizan un modelo de este tipo. Estados Unidos también trabaja con un esquema similar por cuanto la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP) tiene la misión de coordinar la estrategia del país en materia de drogas y depende directamente de la Casa Blanca.

desarrollar un sistema público de atención a los dependientes en el marco del Sistema Nacional de Salud; diseñar, ejecutar y evaluar programas preventivos; poner en marcha programas de integración social de adictos; regular la autorización y acreditación de centros, servicios y programas de formación, prevención y asistencia en el campo de las drogas; cooperar con la represión del tráfico y, coordinar su actuación con el resto de las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla.

La relación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas se efectúa mediante dos órganos: la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica. La primera es presidida por el Ministro del Interior y es un órgano de decisión política formado por los Ministros de Estado y los Consejeros responsables de la política sobre drogas en el ámbito autonómico. La segunda es presidida por el Delegado del Gobierno para el PNSD e integrada por los responsables directos de los Planes Autonómicos y su papel es elevar propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecutar las directrices emanadas de la misma.

Por último, a la Administración Local le corresponde desarrollar políticas específicas de prevención, fundamentalmente en el ámbito comunitario, entre otras funciones.

## V. LA ESTRATEGIA

### 1. Fundamentos y evolución

El primer Plan Nacional sobre Drogas de España data de 1985, aunque las primeras referencias sobre la necesidad de trabajar estructurada y coordinadamente en esta materia son de 1978, año en que se creó una Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas. Fruto de su trabajo fue la decisión del Gobierno de centralizar en un solo órgano la acción coordinadora de las políticas en esta materia y redactar un Plan Nacional para abordar íntegramente el problema de las drogas. Dicho plan fue aprobado el 20 de marzo de 1985 y sus objetivos fueron reducir la oferta y la demanda de drogas, disminuir la inseguridad ciudadana, ofrecer una red pública de servicios de atención y coordinar las administraciones e instituciones sociales involucradas en el problema. Ese mismo año se creó la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como el órgano encargado de la coordinación del plan.

Durante los 15 años en que ese plan estuvo vigente, varios fueron los logros y avances en términos de establecer las bases para la intervención. Se consiguió integrar a diversos actores (gobierno, ONG, universidades, etc.) en el debate y acción en el ámbito de las drogas; se consolidó una red de atención para dependientes; se pusieron en marcha diversas iniciativas de prevención y reinserción de consumidores abusivos y, se consolidó un sistema de información que ha permitido un diagnóstico cada vez más preciso sobre el problema de la droga y sus soluciones. En este último punto, cabe destacar la creación del Observatorio Español sobre Drogas, en 1997, a cargo de la generación, recopilación y consolidación de la información en este campo.

Con todo, luego de una década y media de aplicación del modelo, se vio la necesidad de rediseñar la estrategia, tomando los elementos positivos de la anterior, pero incorporando los nuevos conocimientos sobre la realidad española y las diversas formas de intervención. Además, los años noventa fueron una

década de grandes cambios en cuanto a las drogas consumidas y los contextos en que ello se realiza, lo que hizo necesaria la adaptación de la política a la nueva realidad<sup>6</sup>. El nuevo plan o “Estrategia Nacional sobre Drogas” fue producto de la discusión y del consenso logrado entre diversas entidades que trabajan en el ámbito del consumo de drogas y regirala acción entre el año 2000 y el 2008; participaron en su preparación todos los Gobiernos Regionales, varios cuerpos del Gobierno Central y gran cantidad de ONG involucradas con el tema. Dicho documento fue aprobado por el Consejo de Ministros el 17 de diciembre de 1999.

Entre los elementos que fundamentan la nueva estrategia destacan:

- (i) **Espíritu participativo e integrador:** se fomenta la participación de todos los sectores de la sociedad tanto en la elaboración misma del plan como en su ejecución.
- (ii) **Foco en la prevención:** el eje fundamental de la acción es la prevención, sin perjuicio del desarrollo en reducción de daños, rehabilitación de adictos y control de la oferta.
- (iii) **Inclusión de las drogas legales e ilegales en la estrategia:** el tema es abordado desde una perspectiva global, lo que supone incorporar todas las sustancias con potencial de ser abusadas, incluyendo por tanto, al tabaco y al alcohol.

## 2. Las metas

El documento definitorio de la Estrategia Nacional sobre Drogas señala entre sus metas el potenciar el debate político sobre el tema, fomentar la participación de los diversos agentes y promover la actualización del marco normativo. Ellas son, como se observa, aspiraciones generales relacionadas más bien con los procesos necesarios para establecer una intervención exitosa que con los resultados finales que se esperan de la estrategia propuesta. De hecho, el documento no define ninguna meta de este tipo, como, por ejemplo, la reducción del consumo de todas las drogas ilegales (como es el caso en USA) o la reducción de los daños asociados al uso de sustancias adictivas (como es el caso en los Países Bajos)<sup>7</sup>.

Sí establece una serie de objetivos en cada una de las áreas de intervención de la estrategia (prevención, reducción de daños, asistencia de adictos y control de oferta); sólo en

<sup>6</sup> Por ejemplo, el consumo de heroína -la droga emblemática de los años ochenta- comenzó a estabilizarse e incluso a descender, para dar cabida a nuevas sustancias como el éxtasis y otras drogas sintéticas. Asimismo, el uso de drogas dejó de ser un comportamiento contracultural, exclusivo de jóvenes marginales, para afectar a esferas más amplias de la población, con adolescentes relativamente normalizados en otras áreas de su vida.

<sup>7</sup> Ver sección “metas” del informe sobre la estrategia de Estados Unidos y los Países Bajos.

prevención se señalan 14 objetivos generales, cada uno de los cuales tiene asociados algunos objetivos concretos a lograr para el año 2003 y 2008<sup>8</sup>.

Con todo, de la revisión y análisis de los documentos oficiales se desprende que el resultado global esperado (“la meta”) de la intervención es el evitar el abuso de drogas en primer término y el daño asociado a él, en los casos en que el consumo ya está iniciado. Lo primero se evidencia en el discurso oficial que señala que la prevención es el eje principal de la política y la más eficaz herramienta para enfrentar las drogas. Lo segundo se desprende del hecho de que los programas de reducción de daño (canje de jeringas, distribución de metadona, etc.) se aplican mediante todo el territorio nacional, contando con el respaldo de la máxima autoridad española en este ámbito. En efecto, la Memoria 2000 de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) señala que “Tal y como se establece en la Estrategia, la prevención del consumo de drogas es el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas, dentro de un marco global de promoción de la salud y el bienestar”.

### 3. Política de prevención

El eje fundamental de la estrategia española es la prevención, entendida como aquella intervención que evita el consumo mismo y sus consecuencias. Así, se interesa tanto por evitar el uso y abuso de drogas como por reducir otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo. La labor preventiva abarca todas las sustancias que tienen potencial de abuso, lo que incluye el tabaco y el alcohol.

La estrategia señala expresamente que “se trata fundamentalmente de una prevención basada en la educación (...), una educación que, en suma, les haga libres y capaces de adoptar las decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en una sociedad cada vez más tolerante y solidaria”

Cuatro principios guían la actuación en ésta ámbito:

- (i) **Intersectorialidad:** los programas preventivos deben abordarse de forma que se posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc.
- (ii) **Corresponsabilidad social y participación activa de los ciudadanos:** se fomenta el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva.

<sup>8</sup> A modo de ejemplo, el primer objetivo en prevención consiste en: ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que la consume. En este ámbito, para el año 2003: (i) la totalidad de los Planes Autonómicos así como las intervenciones propias de la Delegación deberán incluir medidas informativas sobre tabaco y alcohol, y (ii) la percepción del riesgo para la salud del consumo de drogas deberá aumentar en una media del 10%.

**(iii) Promoción de la educación para la salud:** los programas de prevención de drogas se insertan en una educación más amplia sobre la salud.

**(iv) Incorporar medidas orientadas hacia la profilaxis, reducción de enfermedades y trastornos infecciosos:** la acción preventiva debe considerar iniciativas que aborden este tipo de problemas asociados al consumo.

La cantidad, calidad y variedad de intervenciones en materia de prevención del consumo de drogas es cada vez mayor. La acción se realiza en múltiples ámbitos, siendo los prioritarios el escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

### A. Prevención escolar

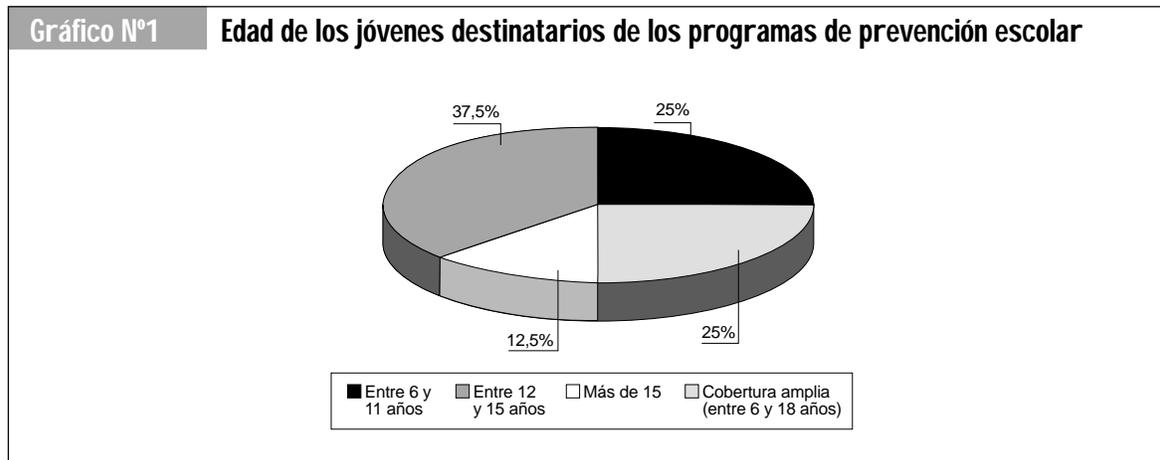
Al igual que en el resto de los países estudiados, en España se desarrolla una gran cantidad de programas preventivos en los colegios, siendo éste uno de los ámbitos prioritarios de intervención.

Los énfasis, sin embargo, han variado considerablemente mediante el tiempo. Durante los años ochenta abundaron las iniciativas aisladas y sin continuidad. Ellas tenían un carácter fundamentalmente informativo y se encuadraban en un esquema de prevención primaria. Además, aunque incluían todo tipo de drogas, el foco estaba claramente puesto en las sustancias ilegales. En la década de los años noventa tuvieron lugar varios cambios que evidenciaron un giro en la manera de hacer prevención escolar. Comenzaron a aparecer programas de intervención continua y cuyos contenidos fueron más allá de la simple entrega de información. Los programas empezaron a insertarse dentro del concepto más amplio de educación para la salud y se incluyeron elementos reforzadores de las competencias sociales de los alumnos propiciando su desarrollo socio-afectivo. Además, aparecieron programas destinados exclusivamente a abordar el consumo de drogas legales. La estrategia española para el período entre el 2000 y 2008 consagró estos cambios al señalar que la prevención debe incluir al alcohol, tabaco y medicamentos prescritos y que, además de la educación sobre los riesgos del consumo, el tema debe ser abordado de un modo más general fomentando los hábitos de higiene, la autoestima, la resistencia a la presión de los pares, el desarrollo de la capacidad crítica frente a la publicidad, etc.

Un elemento determinante en la instauración definitiva de la prevención de drogas en el ámbito escolar fue su inclusión como parte del área transversal de “educación para la salud” mediante la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) dictada en 1990.

Respecto de la implantación y cobertura de los programas de prevención escolar, el Observatorio Español sobre Drogas en su último informe (publicado en marzo del 2001) presenta los datos referidos a las actividades desarrolladas en el curso 1998/99 siendo éstas las cifras agregadas más actualizadas disponibles.

Además de charlas, campañas informativas y actividades que abordan las drogas como contenido transversal, ese año se desarrollaron en España 24 programas de prevención escolar estructurados, desarrollados dentro del aula y con material editado especialmente para ello. Estos programas se aplicaron en más de 5.000 centros educacionales y, contaron con la participación de cerca de 14.000 profesores y más de 600.000 alumnos. De éstos, nueve programas (37,5%) se aplican en la Educación Secundaria Obligatoria que corresponde a niños entre 12 y 15 años, según muestra el Gráfico N°1.



Fuente: Informe N°4, Observatorio Español sobre Drogas, marzo 2001.

Entre los programas escolares más difundidos por el territorio español destaca “Y tú, ¿qué piensas?”, orientado a jóvenes entre 15 y 18 años pertenecientes a centros educativos o asociaciones. En el Recuadro N°1 se describe el programa.

**Recuadro N°1** Programa de prevención escolar “Y tú, ¿qué piensas?”

- “Y tú, ¿qué piensas?” es un programa organizado por la Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción (FAD), entidad privada, sin fines de lucro e independiente, que trabaja en prevención y educación sobre drogas en todo el territorio nacional.
- El eje central del programa es la reflexión grupal y sus tres objetivos son: (i) entregar a los participantes información, datos e ideas sobre áreas importantes de sus vidas, (ii) promover y provocar el diálogo y la discusión productiva, y (iii) recuperar y difundir las opiniones y conclusiones a las que llegan los grupos de jóvenes en conversación sobre estos temas.
- La metodología es simple. Consiste en entregar un material sobre algún tema importante para la vida de los jóvenes y que esté relacionado directa o indirectamente con las drogas, generar una instancia de diálogo y discusión para luego volcar las conclusiones en algún producto que pueda ser enviado al concurso nacional del “Y tú, ¿qué piensas?”. Los temas son: tiempo libre, publicidad y moda, vida en el grupo, jóvenes y adultos, relaciones personales, los jóvenes y el mundo, y de fiesta, que se entrega sólo a los mayores de 17 años y se refiere a las salidas nocturnas como actividad de ocio.
- Según el Informe N°4 del Observatorio Español sobre Drogas de marzo del 2001, durante el año escolar 1998/99 el programa “Y tú, ¿qué piensas?” se aplicó en 612 centros a 228.878 alumnos y se extendió entre las Comunidades Autónomas de Andalucía, Baleares, Cataluña, Cantabria, La Mancha y Extremadura.

Todos los programas de prevención escolar que se aplican en España son amplios, en el sentido de que incluyen varios componentes. Éstos son: entrega de información, desarrollo de imagen propia y superación, desarrollo de control emocional, entrenamiento en toma de decisiones, perfeccionamiento de habilidades de resistencia, tolerancia y cooperación y, uso inteligente del ocio y tiempo libre. La mitad de los programas contiene los siete elementos enunciados y los otros incluyen al menos tres. En el Cuadro N°2 se presenta el porcentaje de programas que contiene cada uno de los elementos.

<b>Cuadro N°2</b>		<b>Componentes de los programas de prevención, año 1998/99 (porcentaje de programas que incorpora cada uno)</b>	
<b>Componente</b>		<b>%</b>	
Habilidades de resistencia		100%	
Toma de decisiones (pensamiento crítico)		96%	
Información		92%	
Ocio y tiempo libre		79%	
Imagen propia y superación		63%	
Tolerancia y cooperación		58%	
Control emocional		54%	

Fuente: Informe N°4, Observatorio Español sobre Drogas, marzo 2001.

Respecto de los logros obtenidos en la aplicación de los programas, el informe del Observatorio Español sobre Drogas señala que aún es muy precaria la evaluación de sus resultados.

### **B. Prevención para jóvenes fuera del sistema escolar**

Los programas preventivos de este tipo se han centrado principalmente en el consumo recreativo de fin de semana. Entre las acciones emprendidas destacan la oferta de actividades para el uso del tiempo libre, las campañas informativas y las iniciativas de reducción de daño. Un programa de este tipo es "Abierto hasta el amanecer", el cual se describe en el Recuadro N°2.

**Recuadro N°2 Programa de prevención para jóvenes “Abierto hasta el amanecer”**

- Es un programa de utilización del tiempo libre que realiza sus actividades los fines de semana por la noche, siendo una posibilidad más para los jóvenes que buscan un espacio de relación y diversión en este horario. El programa ofrece diversas actividades en las cuales las drogas no están presentes, además de incorporar algunos elementos directamente preventivos.
- “Abierto hasta el amanecer” es un programa “de jóvenes para jóvenes”; todo el proceso es desarrollado por ellos (diseño de las actividades, ejecución de las mismas, evaluación, etc.) y está dirigido a la población entre 14 y 35 años.
- Se busca facilitar el acceso al programa, por lo que éste se desplaza por toda la ciudad y los animadores de “Abierto hasta el amanecer” visitan los lugares de encuentro, estudio o trabajo ofreciendo las actividades. Otra clave del programa es el aprovechamiento de los espacios públicos en horarios no habituales; por ejemplo, se logró popularizar la idea de abrir hasta tarde piscinas, bibliotecas, multicanchas y otras instalaciones, cubriendo una demanda insatisfecha que nunca antes se había hecho explícita.

En menor grado, se han desarrollado también programas dirigidos especialmente a los jóvenes en mayor riesgo de desarrollar una dependencia. Son adolescentes con problemas escolares, sociales y personales, por lo que las intervenciones se dirigen especialmente al reforzamiento escolar, de modo de evitar el fracaso y posterior abandono del sistema formal de educación. Asimismo, se busca promover su desarrollo social y capacitación laboral.

**C. Prevención en familias**

Para la autoridad, las intervenciones con las familias deben tender a fomentar las habilidades educativas y de comunicación dentro de ellas, incrementar las competencias parentales y su capacidad para resolver los problemas y convencerlos de la importancia de su papel como agentes de salud. Además, deben promover el respaldo y apoyo de los padres a las iniciativas que se desarrollan en otros ámbitos, particularmente el escolar. Dentro del trabajo general con todas las familias, se destaca la necesidad de trabajar especialmente con las de mayor riesgo.

El acceso a los hogares se realiza mediante dos vías: desde los colegios y desde la comunidad. Muchos programas escolares incluyen módulos de trabajo con los padres, mediante charlas y cursos para ellos o mediante las tareas que llevan los niños a sus casas y en cuya realización interviene la familia.

Además de la labor realizada desde los colegios, se proveen cursos de formación, programas en radio y televisión, elaboración y distribución de material par las familias, encuentros padres-hijos y servicios de orientación y asesoramiento a los grupos familiares. La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) ha elaborado un programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar que se expone en el siguiente recuadro, para servir de ejemplo al tipo de intervención que se realiza.

**Recuadro N°3 Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar elaborado por la FAD**

- El programa fue concebido como una herramienta que facilite la reflexión sobre la importancia de la tarea de prevención en la familia. Entre sus objetivos destacan el ayudar a las familias a comprender el fenómeno de la droga de manera amplia, objetiva y desprovista de dramatismos y, enseñar a los padres a actuar como agentes preventivos.
- Es un programa eminentemente práctico que se desarrolla en sesiones de grupo guiadas por un tutor. Después de cada reunión, los participantes realizan ejercicios en la casa, con el fin de favorecer la puesta en marcha de las habilidades aprendidas. El programa tiene una duración de 12 horas, divididas en bloques temáticos de 2 horas cada uno, que se programan en sesiones con una periodicidad adecuada a las necesidades y posibilidades del grupo.
- Los principales destinatarios son los padres y madres con hijos de entre cero y dieciocho años que pertenecen a Asociaciones para Padres y Madres de Alumnos de centros escolares.

**D. Prevención en el ámbito laboral**

Aunque los lugares de trabajo son uno de los ámbitos prioritarios para hacer prevención según la estrategia del PNSD, la institución reconoce que estas prácticas aún no están suficientemente extendidas en España<sup>9</sup>. Para la autoridad central dos elementos particulares deben ser tenidos en consideración al planificar las intervenciones en el ámbito laboral: (i) el alto consumo de alcohol y tabaco entre la población trabajadora (con índices superiores a los de la sociedad en general), y (ii) la necesidad de priorizar el trabajo en ciertos sectores de la producción y grupos de trabajadores en situación de riesgo, así como también aquellos cuyo desempeño laboral pueda suponer un riesgo para terceros (como conductores de vehículos públicos o funcionarios de seguridad).

Para el desarrollo de un adecuado trabajo preventivo en el ámbito laboral se requiere la participación de patronales, representantes sindicales y servicios de prevención. Las actividades deben estar incluidas en los programas de seguridad e higiene de las empresas.

En las diversas empresas se han desarrollado programas de orientación estrictamente preventiva (como campañas informativas) y otros cuyo ámbito de intervención es más amplio e incluye también un elemento asistencial (por ejemplo, detección precoz y derivación a tratamiento).

**E. Prevención comunitaria**

Dentro del ámbito comunitario se encuadra gran cantidad y variedad de iniciativas. Todas ellas, en mayor o menor grado, pretenden comprometer a la comunidad, sus instituciones y organizaciones, en la definición de las necesidades y la elaboración de respuestas.

<sup>9</sup> Plan Nacional sobre Drogas, "Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación", 1998.

Los municipios son los principales gestores de la acción en este ámbito; muchos tienen planes municipales sobre Drogas y la mayoría desarrolla iniciativas de prevención. Entre las actividades destacan las charlas para la población general, programas de radio, programas de barrio, acciones formativas (capacitación de mediadores, información para familias) y la promoción de actividades alternativas saludables.

## F. Prevención mediante la comunicación social

La comunicación social se utiliza como herramienta de prevención, especialmente mediante la realización de campañas masivas, cuyo objetivo es entregar información y sensibilizar a la población respecto del problema de la droga.

Se parte de la base de que las campañas no deben constituir el centro de la acción preventiva, sino que más bien deben servir de refuerzo y apoyo para el resto de las iniciativas. Se consideran útiles cuando apuntan a un grupo objetivo específico y entregan un mensaje positivo, claro y no moralista.

Desde principios de los años ochenta se han utilizado en España los medios de comunicación como soporte a la acción preventiva, aunque las primeras intervenciones fueron más bien aisladas y respondieron a episodios puntuales que exigieron una reacción de las instituciones involucradas en el tema. Durante los años noventa, los contenidos fueron mejorando progresivamente y las campañas empezaron a tener mejor soporte técnico y mayor elaboración profesional.

**Cuadro Nº3** Afiches de las campañas preventivas nacionales



Fuente: [www.sindrogas.es](http://www.sindrogas.es)

En las campañas nacionales de los últimos años dirigidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se destaca la posibilidad de pasarlo bien sin drogas y se urge a los jóvenes a buscar información sobre ellas. La operación de 2002 se organiza bajo el eslogan “Piensa por ti” y se complementa con el mensaje “Sin dudas, sin drogas”. Mediante ella, se insta a los jóvenes a resistir la presión del grupo y confiar en la decisión personal. En el Cuadro N°3 se presenta material gráfico de las últimas campañas.

Asimismo, la mayoría de las Comunidades Autónomas realiza sus propias campañas preventivas en los medios locales para abordar los problemas específicos de su territorio. Cantabria, por ejemplo, realiza una campaña destinada a la prevención del abuso de alcohol y otra orientada específicamente a la cocaína. En Galicia se desarrollan coloquios, sesiones informativas y conferencias (además de campañas) con el objeto de entregar información rigurosa sobre las drogas y enfatizar las consecuencias positivas de abstenerse de consumirlas.

### G. Prevención dentro del sistema penitenciario

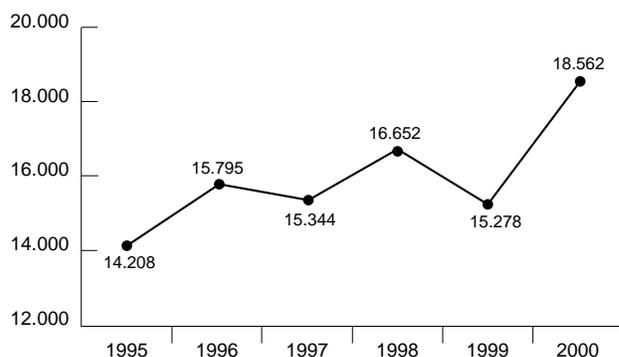
Todos los centros penitenciarios han desarrollado programas de prevención y educación para la salud. Como parte de ellos, se entrega información sobre aspectos sanitarios, judiciales y sociales asociados al consumo de drogas y se motiva a los internos con problemas de dependencia a someterse a tratamiento.

Los programas no sólo están dirigidos a los usuarios de drogas sino también a otros internos en riesgo de comenzar a consumir en la prisión, como son los más jóvenes o los primerizos.

Durante la segunda mitad de los años noventa ha aumentado la cobertura de este tipo de intervenciones, especialmente entre 1999 y el año 2000 (ver Gráfico N°2). En efecto, mientras en 1995 se beneficiaron 14.208 internos, es decir, 31% de la población penal total, el año 2000 fueron 18.562, 41% de la población penal de ese año<sup>10</sup>. Por lo tanto, además del aumento absoluto en número de beneficiarios de programas preventivos (31% en el quinquenio), hubo un aumento en la proporción de reclusos que recibió estos programas.

Gráfico N°2

#### Evolución del número de internos beneficiarios de programas preventivos dentro de los recintos penitenciarios, 1995 – 2000



Nota: a partir de 1998 se incluyen los datos de Cataluña.

Fuente: DGPNSD.

<sup>10</sup> Información sobre población penal obtenida del sitio web de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias [www.mir.es/instpeni/sggabinete/adatos.htm](http://www.mir.es/instpeni/sggabinete/adatos.htm)

## 4. Política de asistencia de adictos

Como en el resto de los países analizados, la asistencia de adictos es uno de los pilares de la intervención en España. La asistencia incluye tanto programas de tratamiento como iniciativas de reducción de daño que apuntan a minimizar los riesgos asociados al consumo. La atención se dirige a los usuarios problema de drogas ilegales, tabaco y alcohol y, aspira a lograr su integración social, particularmente en el ámbito laboral.

### A. Instituciones de asistencia de adictos

En España, la provisión de servicios de atención de adictos está principalmente en manos del aparato público, para lo cual cuenta con diversas instalaciones que trabajan interconectadamente y que se organizan en tres niveles. El primero de ellos es la puerta de entrada al sistema y su principal función es la detección, captación, motivación y derivación de las personas con problemas de consumo de drogas a los servicios especializados. Este primer nivel está formado por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos destinados a los programas de reducción de daño y atención de necesidades sociales y sanitarias básicas de los adictos pertenecientes a los Sistemas Públicos. El segundo nivel del circuito corresponde a centros de atención especializada, seguimiento y derivación al tercer nivel cuando corresponda. El tercer nivel del circuito corresponde a las intervenciones de mayor complejidad y se accede a él por derivación del segundo nivel. Lo integran las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias y los Centros Residenciales, entre otros.

### B. Programas de asistencia de adictos

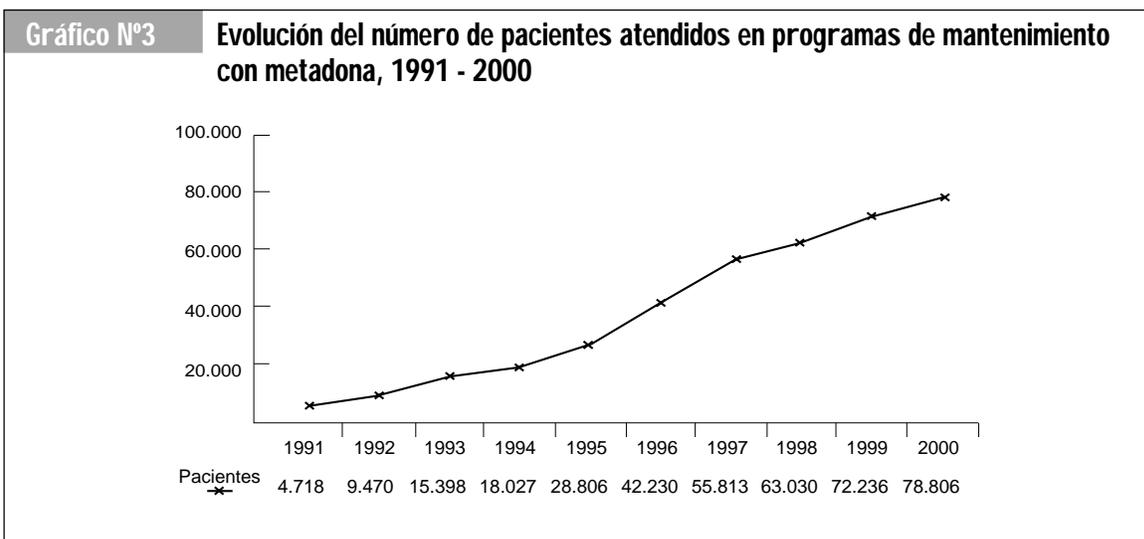
Los programas de asistencia de adictos pueden clasificarse según si se dirigen a todas las personas con problemas de drogas o si son específicos para aquellos que, además, están dentro del sistema judicial-penal. En todo caso, la mayoría de los primeros también se ofrece a la población reclusa.

#### (i) Programas para la población general

Son programas dirigidos a los usuarios problemáticos de drogas que buscan terminar con el consumo o reducir el daño asociado a dicho consumo.

- *Programas libres de droga:* agrupa a las intervenciones realizadas en centros ambulatorios, unidades hospitalarias de desintoxicación y comunidades terapéuticas cuyo objetivo es el cese del consumo de drogas del participante. En estas tres categorías se atendió a 84.721 personas el año 2000, la mayoría de ellas en centros ambulatorios.

- *Programas de asistencia de alcoholismo*: son tratamientos especialmente diseñados para lidiar con la dependencia al alcohol. Son provistos en centros ambulatorios, unidades hospitalarias y otros centros residenciales, siendo los primeros los que atienden a un mayor número de personas.
- *Programas de mantenimiento con antagonistas opiáceos*: tratamiento para adictos a la heroína consistente en la prescripción de metadona como sustancia de reemplazo a la droga de adicción. La droga es entregada en unidades móviles, farmacias, centros de dispensación, centros penitenciarios, etc. Estos programas han tendido a expandirse tanto en número de centros como en número de usuarios atendidos. En el año 2000 se asistió a 78.806 personas mientras que el año 1991 se atendieron sólo 4.718 (ver Gráfico N°3). Al año 2000, casi la mitad de los usuarios atendidos por adicción a las drogas participaron en este tipo de programas.

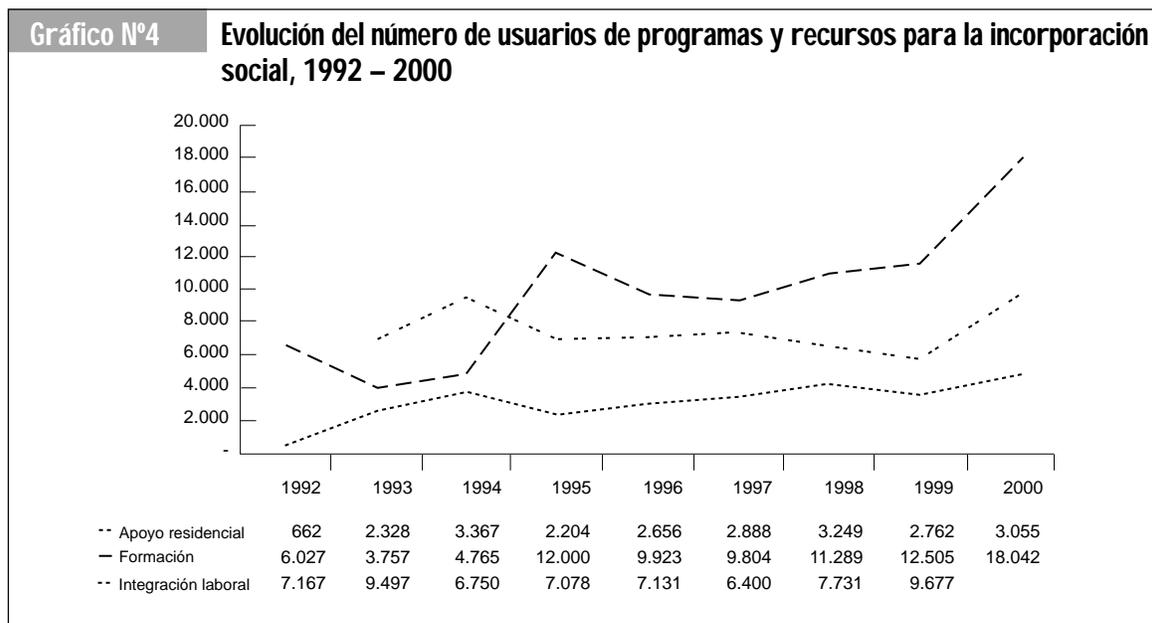


Fuente: Delegación del Gobierno para el PNSD, a partir de datos facilitados por las comunidades autónomas

- *Programas de intercambio de jeringas*: consiste en entregar una jeringa nueva y esterilizada a cambio de una previamente utilizada con el objeto de evitar la transmisión de enfermedades por esta vía. También se entregan “kits sanitarios” que contienen todos los utensilios necesarios para inyectarse en forma “segura”. Los canjes se realizan en farmacias y unidades móviles, entre otros. El año 2000 se entregaron cerca de 4,5 millones de jeringas y/o kits. Estos programas también están disponibles en las cárceles, siendo España y Alemania los únicos dos países de la Unión Europea en que se da esta cobertura<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “2001 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea”.

- *Programas de apoyo a la incorporación social y laboral:* Son desarrollados por las CC.AA, los Ayuntamientos y las ONG para facilitar la incorporación social del dependiente. Se pueden agrupar en tres categorías: los de formación, los de apoyo residencial y los de integración laboral. Desde hace ya varios años, los programas de formación son los que atienden a la mayor cantidad de personas, según muestra el Gráfico N°4.



Fuente: Ministerio del Interior, Observatorio Español sobre Drogas, Planes Autonómicos sobre Drogas

Entre los programas de formación, destacan los de orientación y promoción del empleo. Los de integración laboral incluyen un abanico de iniciativas como los talleres artesanales y de manualidades, contratación subvencionada por empresas y planes de promoción del autoempleo. Por último, el apoyo residencial se materializa principalmente mediante la entrega de departamentos, aunque también se acoge a algunos dependientes en residencias y familias de acogida.

**(ii) Programas para la población en conflicto con la justicia**

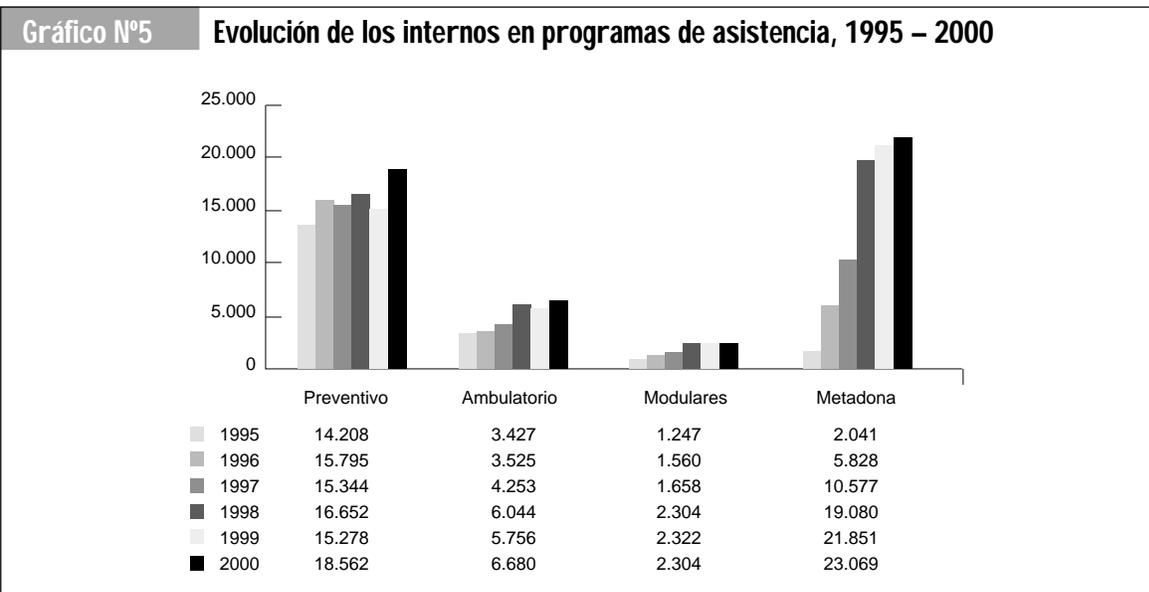
Algunos usuarios problemáticos de droga cometen delitos y entran en contacto con el sistema judicial y penal. Para ellos se han diseñado mecanismos específicos de intervención que pretenden romper el vínculo entre droga y delincuencia.

- *Programas en comisarías y juzgados:* por medio de estos programas se atiende sociosanitamente a la mayoría de los drogadictos que, tras su detención por cualquier motivo, son puestos en libertad. La intervención tiene elementos preventivos y asistenciales y se lleva a cabo mediante la entrega de información sobre los programas y tratamientos disponibles, el asesoramiento a los familiares y afectados, etc. Con esto, se busca intervenir tempranamente en jóvenes con poco compromiso delictivo, alentándolos a buscar ayuda y superar su problema. Además, en los casos

en que el detenido es puesto a disposición de la justicia, la atención precoz permite elaborar un reporte con información próxima en el tiempo a la comisión de los hechos que se le imputan que puede servir para acreditar el consumo de drogas como circunstancia modificatoria de responsabilidad penal en caso que corresponda.

- *Programas alternativos a la privación de libertad:* consiste en ofrecer tratamiento a cambio de privación de libertad. Durante el año 2000, se derivaron a tratamiento 716 personas desde los juzgados y 1.861 reclusos desde los centros penitenciarios.
- *Programas en instituciones carcelarias:* dentro de los recintos de reclusión se ofrece una gran variedad de programas para terminar con el consumo de drogas, de reducción de daños y de educación para evitar las prácticas en extremo riesgosas. Hay programas de desintoxicación para todos las personas que entran a las cárceles que son diagnosticadas como dependientes activas y no están participando en programas de metadona. Se ofrecen también diversas modalidades de tratamiento de rehabilitación las cuales pueden aplicarse en régimen ambulatorio o en un módulo especialmente destinado para ello. También se aplican iniciativas de reducción de daño, siendo los principales los de mantenimiento con metadona y los de canje de jeringas. Por último, en los centros penitenciarios se desarrollan programas preventivos y de educación para la salud dirigidos a los dependientes y a los internos con mayor riesgo de comenzar a consumir en la prisión como los jóvenes y los primerizos.

El número de internos que accede a este tipo de programas ha aumentado sistemáticamente desde 1995, según muestra el Gráfico N°5. El mayor incremento se ha registrado en relación con los de distribución de metadona los cuales, al año 2000, tenían la mayor cobertura.



Notas: Desde 1998 se incluyen los datos referidos a la población penitenciaria de Cataluña.

Los programas modulares son tratamientos de deshabitación que se aplican en módulos especiales dentro de los centros penitenciarios.

Fuente: Delegación Nacional para el PNSD, memoria 2000.

## 5. Política de control

La política de control tiene relación con los esfuerzos para reprimir el tráfico de drogas y el consumo o porte ilegal, principalmente mediante la aplicación de las leyes vigentes en este ámbito.

### A. Tráfico

Entre los objetivos de la política de control de la Estrategia Nacional sobre Drogas se señalan el incrementar la vigilancia en los puntos de venta de drogas al por menor, y reforzar la custodia de las fronteras exteriores mediante una acción conjunta sobre puertos, aeropuertos, fronteras terrestres, costas y mar territorial.

En este ámbito, la estrategia 2000 – 2008 se organiza en tres grandes áreas de actuación: lucha contra las organizaciones internacionales, lucha contra la distribución interior de drogas ilegales y, lucha contra la venta de drogas al por menor.

En relación con el combate a las organizaciones internacionales se plantea la necesidad de trabajar coordinadamente con otros países, particularmente con los miembros de la Unión Europea. Para ello, es clave la promoción de la cooperación entre los Cuerpos Policiales, los Servicios de Aduana y otros órganos competentes. Además, destaca la labor que realiza EUROPOL, la organización europea de fuerzas y cuerpos de seguridad, cuyo objetivo es mejorar la eficacia de los servicios competentes de los países miembros y la cooperación entre los mismos en relación con la represión del tráfico de drogas y otros temas afines.

Además, la estrategia señala que se debe reprimir la distribución de las drogas dentro del país, en manos de bandas compuestas tanto por españoles como por extranjeros. En éste ámbito, es clave la labor realizada por las unidades especializadas de investigación, entre las que destacan las Unidades de Droga y Crimen Organizado del Cuerpo Nacional de Policía y los Equipos de Delincuencia Organizada y Antidroga del Cuerpo de la Guardia Civil.

Por último, se busca reprimir la venta minorista de drogas en las calles y barrios del país, labor que realizan las unidades de Policía de Investigaciones de Proximidad del Cuerpo Nacional de Policía.

Los resultados del trabajo en esta área se manifiestan en la evolución de las incautaciones de los diversos tipos de drogas ilegales y de las personas detenidas o denunciadas por tráfico.

Respecto de las primeras, los resultados varían según el tipo de sustancias. Entre 1992 y el año 2001 solamente la cantidad incautada de hachís evolucionó sistemáticamente al

alza. El resto varió sin dirección clara (ver Cuadro N°4). Destaca el aumento entre el 2000 y el 2001 de la cantidad de cocaína incautada, la que se multiplicó por 5 en un solo año, registrando el máximo de la serie.

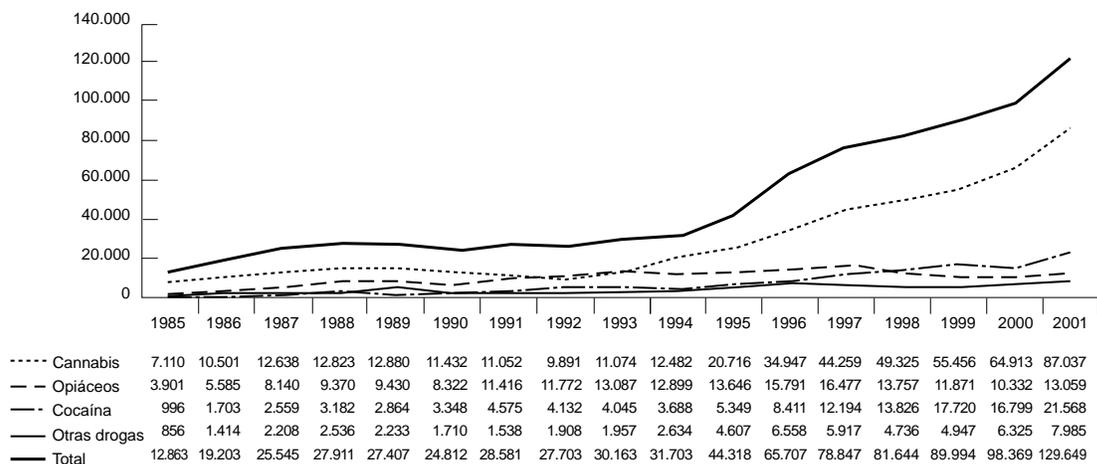
**Cuadro N°4 Evolución de las incautaciones de drogas en España, 1992 – 2001**

	Tipo de droga						
	Heroína (Kg)	Cocaína (Kg)	Hachís (Kg)	Speed (Kg)	Crack (Gr)	MDMA (unidades)	LSD (unidades)
1992	672	4.454	121.439	22	304	45.352	9.662
1993	604	5.350	160.169	34	373	274.423	7.060
1994	824	4.016	219.176	31	539	306.501	7.213
1995	546	6.897	197.024	35	685	739.511	15.437
1996	537	13.742	247.745	53	685	340.444	13.373
1997	479	18.418	315.328	120	785	184.950	25.357
1998	418	11.687	428.236	177	414	194.527	9.068
1999	1.159	18.298	431.153	50	360	357.649	3.353
2000	485	6.165	474.505	23	153	891.562	7.542
2001	631	33.680	514.181	s/i	s/i	860.164	26.535

Fuente: Ministerio del Interior, Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Por su parte, el número de detenidos o denunciados por tráfico de drogas aumentó entre 1985 y el 2001, particularmente en la segunda mitad de la década de los años noventa. Esto se explica mayoritariamente por el aumento de las detenciones y denuncias por tráfico de cannabis, según muestra el Gráfico N°6.

**Gráfico N°6 Evolución de los detenidos y denunciados por tráfico de drogas, según la sustancia que motivó la detención o denuncia, 1985 – 2001**



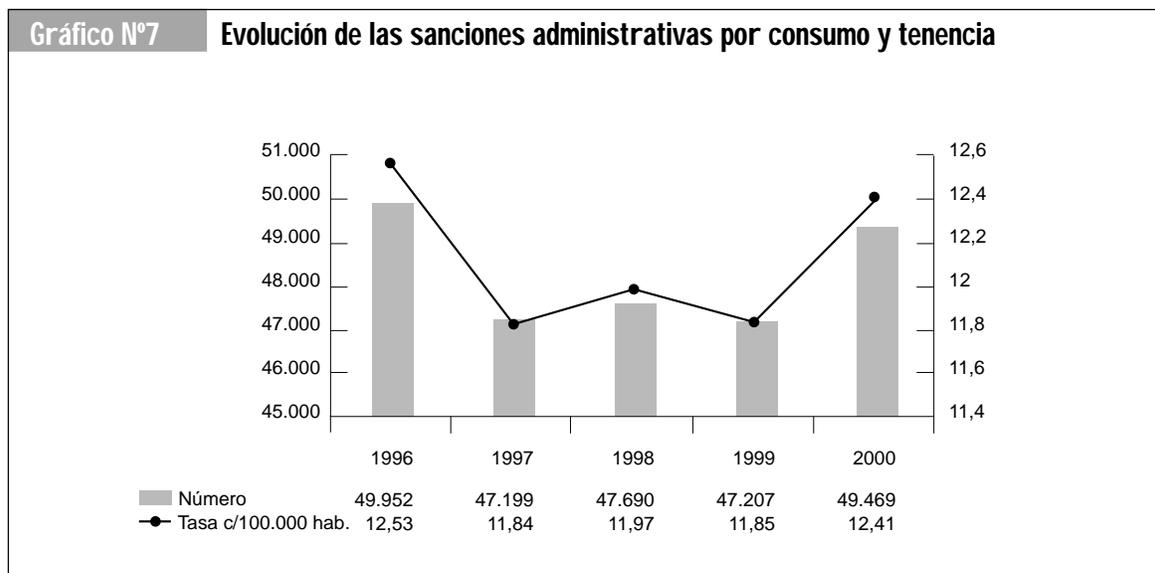
Fuente: Ministerio del Interior, DGP, Oficina Central Nacional de Estupefacientes

Al año 2001, la mayoría de las denuncias y detenciones fueron por tráfico de cannabis; esa sustancia motivó el 67% de ellas, la cocaína el 17%, los opiáceos el 10% y el restante 6% correspondió a otras drogas. Hubo un período (1991 – 1994), sin embargo, en que los opiáceos dieron cuenta de la mayor cantidad de detenciones y denuncias; desde entonces y hasta 1997 estuvieron en el segundo lugar, ya que ese último año pasaron al tercer lugar, lo que está en línea con otros indicadores que señalan que la epidemia de heroína que se presentó en España durante los años ochenta habría cedido. Por su parte, las detenciones y denuncias por cocaína han tendido al alza, particularmente durante los últimos años.

## B. Consumo o tenencia ilegal

En 1992 se dictó la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana que prohibió el consumo en lugares públicos y la tenencia ilícita de drogas, estableciendo sanciones administrativas para quienes incumplan el mandato.

Desde 1996 -primer año del que se tienen estadísticas-, el número de sanciones administrativas impuestas por estas infracciones (no son delito) ha fluctuado entre 47.199 y 49.952. La tasa por cada 100.000 habitantes también ha variado y el año 2000 ascendió a 12,41 (ver Gráfico N°7).



Fuente: Ministerio del Interior, Dirección General de Política Interior.

El mismo cuerpo legal estableció la posibilidad de suspender el cumplimiento de la sanción administrativa si la persona se somete a tratamiento. Entre 1996 y 1999, la tasa de suspensiones a cambio de tratamiento sobre sanciones impuestas aumentó desde 7,6 a 11,8. Entre ese último año y el 2000, en cambio, descendió, registrando un valor de 9,7 (ver Cuadro N°5).

**Cuadro Nº5** Relación entre las sanciones administrativas impuestas y las suspensiones de ellas a cambio de tratamiento, España, 1996 – 2000

Año	Sanciones aplicadas	Suspensiones por tratamiento	Suspensiones / Sanciones
1996	49.952	3.782	7,6%
1997	47.199	3.693	7,8%
1998	47.690	4.017	8,4%
1999	47.207	5.578	11,8%
2000	49.469	4.801	9,7%

Fuente: Ministerio del Interior, Dirección General de Política Interior.

Nota: las sanciones suspendidas no necesariamente fueron impuestas ese mismo año.

## 6. Aspectos internacionales

En la Estrategia Nacional, la cooperación internacional se constituye como un área de especial importancia debido a la configuración del problema de las drogas como un fenómeno transnacional.

España es miembro de la Unión Europea y participa en las Naciones Unidas, siendo éstas las principales -aunque no únicas- instancias internacionales en que aborda el tema drogas.

Los objetivos en esta área son múltiples y de diversa índole. Entre ellos destacan fomentar la configuración de una política común en materia de drogas en la Unión Europea, potenciar las relaciones bilaterales con varios países (Reino Unido, Turquía, Estados Unidos, Marruecos, etc.), y reforzar la presencia y colaboración de España con varias instancias internacionales (Naciones Unidas, Consejo de Europa, Comisión Iberoamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanas -CICAD- y Grupo de Acción Financiera Internacional en materia de blanqueo de capitales -GAFI).

En el ámbito de la Unión Europea, destaca la constitución del Mecanismo de Cooperación y Coordinación entre esa entidad e Iberoamérica y el Caribe en 1998. España participa también en las actividades del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y de la Unidad de Drogas de Europol. Asimismo, es miembro del Grupo Dublín, dedicado a la consulta y coordinación de información acerca de los problemas mundiales, regionales y particulares de cada país en relación con las drogas.

España también participa en el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, que es un foro interdisciplinario que aborda materias de reducción de oferta y demanda de drogas ilegales.

En el contexto de Naciones Unidas, España ha incorporado en su ordenamiento jurídico las Convenciones suscritas en relación con el tema drogas.

En Iberoamérica, se han potenciado las relaciones con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, mediante diversos proyectos de cooperación. Entre ellos, el programa de fortalecimiento institucional de las Comisiones Nacionales de Drogas de los países centroamericanos, de la República Dominicana y de los países andinos. Con éste, se pretende mejorar los sistemas nacionales de recogida y análisis de información sobre drogas, centralizar esa información para facilitar las tareas de planificación, ejecución y evaluación de las políticas y, mejorar la capacidad de trabajo de quienes realizan esas tareas. Actualmente, España participa como país observador en CICAD.

España también es parte del Grupo Financiero de Acción Internacional (GAFI), habiéndolo presidido los años 2000 y 2001.

Por último, España mantiene relaciones bilaterales con varios países. Durante el año 2000, el Ministerio de Relaciones Exteriores, mediante la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) desarrolló actividades con países latinoamericanos como Bolivia y Ecuador. Con el primero, se aplicó un programa de cultivo alternativo a la coca ilegal en la región de Chapere y con el segundo, se trabajó en el fortalecimiento del modelo de prevención escolar dentro del sistema educativo ecuatoriano.



## VI. PRESUPUESTO

### 1. Gasto de la Administración Central y las Comunidades y Ciudades Autónomas

En España, tres partidas componen la medición de gasto público en temas relacionados con las drogas: el desembolso que realizan los organismos de la Administración Central, las transferencias desde la Delegación de Gobierno para el PNSD hacia las Comunidades Autónomas (CC.AA) y, el gasto que realizan las Comunidades Autónomas financiado con presupuesto propio mediante sus Planes Autonómicos.

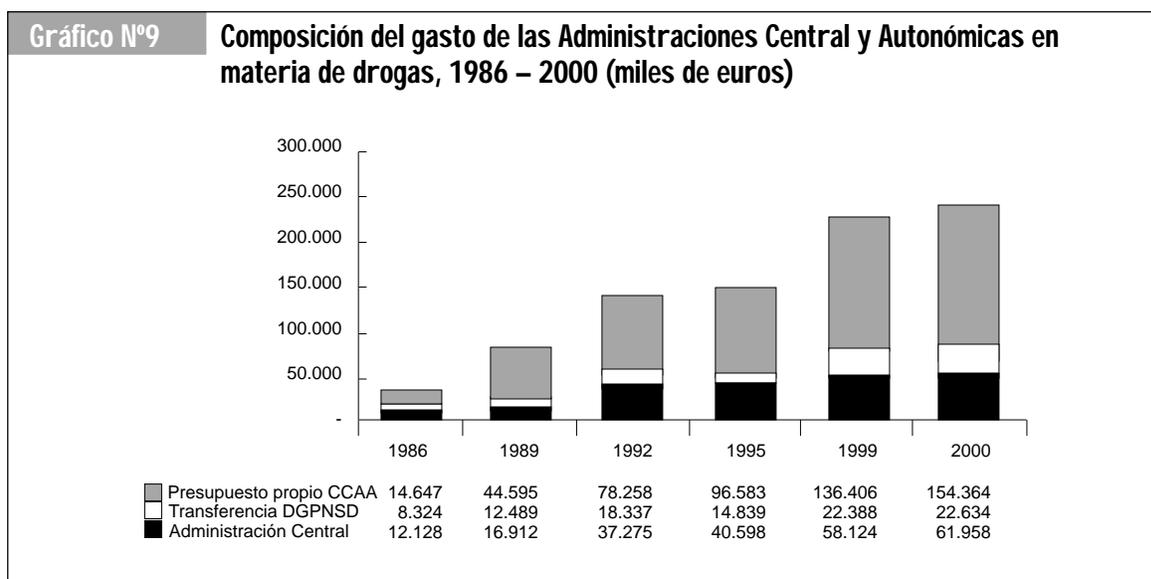
En su conjunto, el presupuesto de las Administraciones Central y Autonómicas ha aumentado sistemáticamente entre los años 1986 y 2000, según muestra el Gráfico N°8. El año 2000, el presupuesto total fue del orden de los 239 millones de euros (aproximadamente 221 millones de dólares<sup>12</sup>).



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las CC.AA.

<sup>12</sup> Paridad al 30 de Diciembre de 2000: 1,0798 euros por dólar

El monto se explica mayoritariamente por el gasto propio del conjunto de Comunidades Autónomas, el cual representó ese último año cerca del 65% del total. Ésta ha sido también la partida que más se ha incrementado en el período analizado: mientras el gasto de la Administración Central se multiplicó por cuatro y las transferencias se multiplicaron por 1,7, el desembolso propio de las CC.AA se multiplicó por 10 (ver Gráfico N°9).

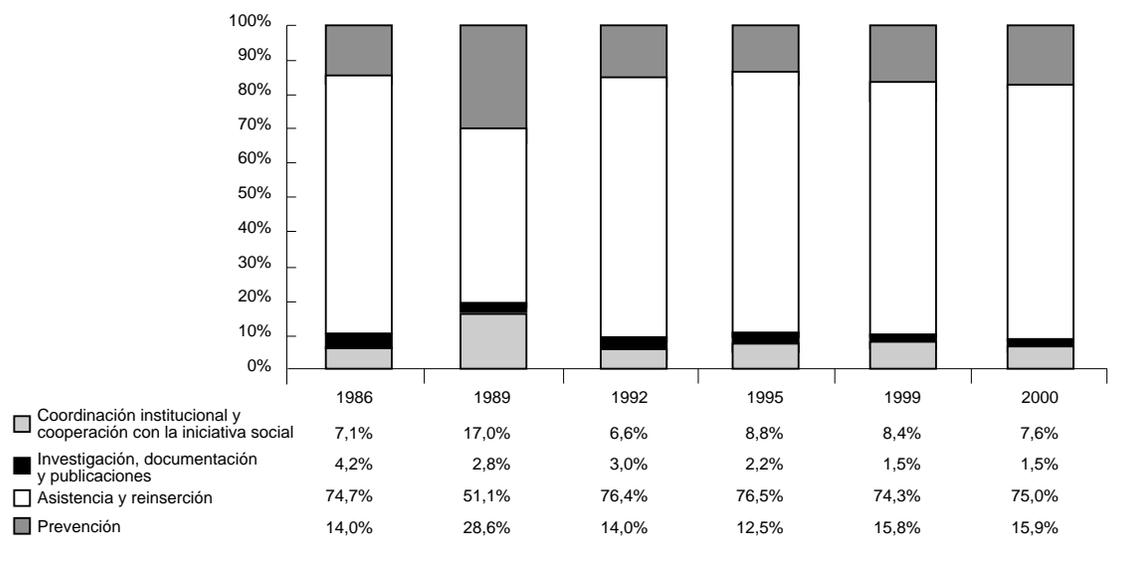


Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las CCAA

Nota: Paridad al 30 de diciembre de 2000: 1,0798 euros por dólar.

Sumando el presupuesto propio y las transferencias desde el nivel central, las CC.AA han gastado 73% del monto total, como promedio de los años analizados. Los documentos oficiales desagregan este gasto en cuatro áreas de intervención que son prevención; asistencia y reinserción; investigación, documentación y publicaciones y, coordinación institucional y cooperación con la iniciativa social.

En el Gráfico N°10 se presenta la evolución del gasto de las Comunidades Autónomas según las áreas de intervención recién listadas, entre los años 1986 y 2000.

**Gráfico N°10 Evolución del gasto de las CC.AA por áreas de intervención, 1986 – 2000**

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las CCAA

El área que por amplia diferencia concentra la mayor proporción del gasto es la de asistencia y reinserción. Salvo el año 1989, en todos los demás se ubica en torno al 75% del total. Bastante por debajo está el gasto en prevención que, el año 2000 correspondió al 15% del total.

Cabe destacar que estos valores no incorporan los gastos en represión del tráfico. No están incluidos el gasto de la policía, de la fiscalía, de los tribunales y del sistema penitenciario en la persecución y sanción de los ilícitos asociados a las drogas.

## 2. El Fondo de Bienes Decomisados

El Fondo de Bienes Decomisados fue creado por ley en 1995 y está integrado por los bienes, efectos e instrumentos decomisados por sentencia firme en procesos por narcotráfico y otros delitos relacionados. Este fondo está destinado a intensificar las actuaciones en la reducción de la demanda y el control de la oferta de drogas. Son beneficiarios de este fondo las CC.AA, Corporaciones Locales, ONG, organizaciones privadas sin fines de lucro, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, la Dirección Adjunta de Vigilancia Aduanera, la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, la Delegación del Gobierno para el PNSD, y otras entidades públicas de la Administración General del Estado u organismos internacionales con competencias en la materia.

El año 2000, el fondo fue repartido entre las diversas instituciones benefactoras y utilizado para los fines recién mencionados. Descontando una pequeña fracción que se destina a su administración, dos tercios del fondo fueron gastados en actividades de reducción de demanda y el tercio restante se destinó a programas y políticas de control de oferta (ver Cuadro N°6).

**Cuadro N°6** Distribución del Fondo de Bienes Decomisados (en miles de euros), 2000

Área de destino	miles de euros	%
Control de oferta	1.543	33%
Reducción de demanda	2.978	64%
Gestión fondo	132	3%
Total	4.653	100%

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

## VII. RESULTADOS OBTENIDOS

El eje de la política de España en materia de drogas es la prevención entendida como el conjunto de acciones destinadas a evitar el consumo o el abuso y los daños asociados al consumo<sup>13</sup>. Así, puede deducirse que los resultados esperados son, por una parte, un menor número de usuarios, y por otra, una disminución de los indicadores de daño (contagiados de SIDA, muertes por sobredosis, etc.). Dicho de otro modo, España combina en su estrategia elementos de prevención primaria y de reducción de daños por lo que, lógicamente, se espera logros en ambos frentes.

De los datos respecto de los resultados obtenidos que se discuten en este capítulo se concluye que las políticas de reducción de daños han sido muy efectivas en el logro de sus objetivos durante la década de 1990 y que, en materia de prevención del consumo, los resultados han sido los contrarios, ya que, a pesar de los citados avances en la década de los 1990, en el año 2001 los índices de consumo volvieron a aumentar.

### 1. Consumo de drogas

Respecto del consumo mismo, dos son las principales fuentes de información: la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España (1995, 1997, 1999, 2001) y la Encuesta Escolar sobre Drogas (1994, 1996, 1998, 2000).

Las encuestas españolas sobre consumo de drogas incorporan el tabaco y el alcohol además de las drogas ilegales, lo que se condice con su política de

<sup>13</sup> A pesar de ello, en el año 2000 sólo el 15,9% de los recursos fue utilizado en iniciativas destinadas a la prevención. La explicación de este fenómeno se encuentra en el bajo costo de los programas preventivos en relación con los de los programas de asistencia y inserción. Por eso, a pesar de que en términos de estrategia se dé prioridad a la prevención, esto no se ve reflejado en términos de presupuesto.

enfrentar el abuso de todas las sustancias adictivas independiente de su condición legal bajo una misma institucionalidad y marco estratégico. Por esta última razón, en el análisis de los resultados de la estrategia se incorporan también los relativos al tabaco y al alcohol.

### **A. Consumo de la población general: 15 a 65 años**

Al analizar el consumo de sustancias adictivas en la población entre 15 y 65 años de España durante la segunda mitad de la década de los años noventa, se observaron ciertos signos que indicaban que éste había tocado techo y que estaba comenzando a descender. Sin embargo, los resultados de la recientemente publicada encuesta 2001 muestran que el consumo vuelve a aumentar, incluso varias sustancias han alcanzado niveles de consumo superiores a los de 1997. Entre ellas, la marihuana y la cocaína, que son las que presentan las más fuertes alzas en este grupo de drogas.

En el Cuadro N°7 se presenta la evolución de las prevalencias en el consumo de las principales drogas entre 1995 y 2001, según la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas.

**Cuadro N°7****Evolución de las prevalencias de consumo de las principales drogas en la población general (15 a 65 años), 1995 – 2001**

	1995	1997	1999	2001
<b>Alcohol</b>				
Prevalencia vida		89,9%	87,1%	88,8%
Prevalencia año	68,2%	77,8%	74,6%	77,4%
Prevalencia mes	53,0%	60,7%	61,7%	63,8%
Consumo diario	14,6%	12,9%	13,7%	15,3%
<b>Tabaco</b>				
Prevalencia vida	s/i	68,3%	65,1%	68,2%
Prevalencia año	s/i	44,9%	43,7%	45,5%
Prevalencia mes	s/i	40,6%	39,8%	41,5%
Consumo diario	34,8%	32,9%	32,6%	35,1%
<b>Cannabis</b>				
Prevalencia vida	13,5%	21,7%	19,5%	24,4%
Prevalencia año	6,8%	7,5%	6,8%	9,9%
Prevalencia mes	3,1%	4,0%	4,2%	6,5%
Consumo diario	0,7%	0,9%	1,1%	1,6%
<b>Cocaína</b>				
Prevalencia vida	3,2%	3,2%	3,1%	4,9%
Prevalencia año	1,8%	1,5%	1,5%	2,6%
Prevalencia mes	0,4%	0,5%	0,6%	1,4%
<b>Crack / Pasta Base</b>				
Prevalencia vida		0,4%	0,3%	0,4%
Prevalencia año		0,1%	0,2%	0,1%
Prevalencia mes		< 0,1%	0,1%	0,0%
<b>Heroína</b>				
Prevalencia vida	1,0%	0,5%	0,4%	0,6%
Prevalencia año	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%
Prevalencia mes	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%
<b>Éxtasis</b>				
Prevalencia vida	1,9%	2,5%	2,4%	4,2%
Prevalencia año	1,2%	1,0%	0,8%	1,8%
Prevalencia mes	0,3%	0,2%	0,2%	0,7%
<b>Alucinógenos</b>				
Prevalencia vida	-	2,6%	1,9%	2,9%
Prevalencia año	-	0,9%	0,6%	0,7%
Prevalencia mes	-	0,2%	0,2%	0,2%
<b>Anfetaminas</b>				
Prevalencia vida	-	2,5%	2,2%	3,0%
Prevalencia año	-	0,9%	0,7%	1,2%
Prevalencia mes	-	0,3%	0,2%	0,6%
<b>Inhalantes</b>				
Prevalencia vida	-	0,7%	0,6%	0,8%
Prevalencia año	-	0,2%	0,1%	0,1%
Prevalencia mes	-	0,1%	0,1%	0,1%

- Indica datos no disponibles para la encuesta de 1995

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta Domiciliaria Sobre Consumo de Drogas, varios años.

Sin perjuicio de las tendencias generales expuestas al comienzo, la evolución en el consumo de cada sustancia presenta particularidades que conviene destacar, para un diagnóstico más preciso.

La heroína es la única sustancia cuyo consumo presenta una disminución sostenida entre 1995 y 2001, a pesar de que la prevalencia vida presenta un leve aumento en 2001. Esto es particularmente importante, ya que durante los años ochenta hubo una epidemia que causó preocupación por los altos daños asociados al consumo de esta sustancia (como el aumento de los contagiados de SIDA).

Después de la leve disminución en el uso experimental de éxtasis entre 1997 y 1999, se observa un fuerte aumento entre 1999 y 2001. Las prevalencias año y mes también mostraron aumentos en el último período.

El consumo de alucinógenos, inhalantes y anfetaminas bajó en 1999 respecto de 1997, pero al igual que las demás sustancias, mostró signos de incremento en las mediciones más recientes. El consumo de alcohol y tabaco también ha aumentado. Con todo, hay signos que indicarían que el consumo de las principales drogas está aumentando, a pesar de los esfuerzos de las autoridades para impedirlo.

## **B. Consumo de la población escolar**

En el Cuadro N°8 se presenta la evolución del consumo de drogas en la población escolar entre 14 y 18 años, caracterizado con la fracción que declara haber consumido alguna vez en la vida y, durante el último año y el último mes previo a la encuesta.

**Cuadro N°8****Evolución de las prevalencias de consumo de las principales drogas en la población escolar (14 a 18), 1994 – 2000**

	1994	1996	1998	2000
<b>Alcohol</b>				
Prevalencia vida	83,7%	83,6%	84,2%	76,0%
Prevalencia año	-	81,7%	81,9%	75,2%
Prevalencia mes	78,5%	65,7%	65,8%	58,0%
<b>Tabaco</b>				
Prevalencia vida	-	34,6%	34,7%	34,4%
Prevalencia año	-	s/i	s/i	s/i
Prevalencia mes	28,1%	29,2%	28,3%	30,5%
<b>Cannabis</b>				
Prevalencia vida	20,8%	26,0%	28,5%	31,2%
Prevalencia año	18,1%	23,2%	25,1%	26,8%
Prevalencia mes	12,2%	15,7%	17,2%	19,4%
<b>Cocaína</b>				
Prevalencia vida	-	3,2%	4,8%	5,4%
Prevalencia año	1,7%	2,6%	4,1%	4,0%
Prevalencia mes	1,0%	1,5%	2,4%	2,2%
<b>Éxtasis</b>				
Prevalencia vida	-	5,1%	3,5%	5,7%
Prevalencia año	3,0%	3,9%	2,5%	4,6%
Prevalencia mes	2,0%	2,2%	1,6%	2,5%
<b>Alucinógenos</b>				
Prevalencia vida	-	6,5%	5,4%	5,2%
Prevalencia año	4,0%	5,3%	4,1%	3,7%
Prevalencia mes	2,4%	2,6%	2,2%	1,9%
<b>Anfetaminas /speed</b>				
Prevalencia vida	-	4,9%	4,6%	4,1%
Prevalencia año	3,3%	4,1%	3,8%	3,1%
Prevalencia mes	2,1%	2,4%	2,3%	1,8%
<b>Inhalantes</b>				
Prevalencia vida	-	3,3%	4,1%	4,1%
Prevalencia año	-	2,1%	2,7%	2,5%
Prevalencia mes	-	1,2%	1,8%	1,4%

- Indica datos no disponibles .

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar, varios años.

Del cuadro destaca la negativa evolución en el consumo juvenil de cannabis, el cual ha registrado un aumento sistemático en el período analizado según todos los indicadores presentados. El consumo de éxtasis, por su parte, aumenta considerablemente entre 1998 y 2000, lo que se condice con la opinión de varios actores involucrados que han señalado que esta droga está haciéndose progresivamente más popular entre los jóvenes.

El consumo de cocaína aumentó en los primeros años del período en cuestión, pero muestra signos de estabilización (y hasta descenso) en la medición del año 2000.

El uso de anfetaminas, alucinógenos e inhalantes ha tendido a descender entre los jóvenes -particularmente entre 1998 y 2000-, del mismo modo como lo ha hecho entre la población adulta.

## 2. Resultados de las políticas de reducción de daños

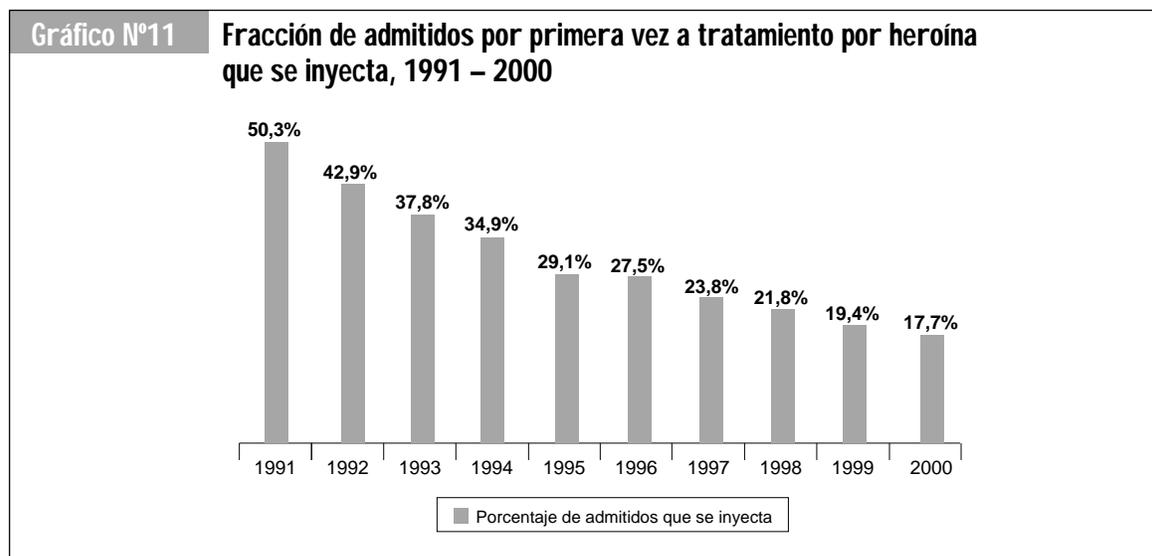
Las iniciativas de reducción de daños pretenden, como indica su nombre, disminuir el daño asociado al consumo de drogas. Específicamente, intentan prevenir el contagio de enfermedades producto de la administración intravenosa de drogas; reducir las muertes asociadas al uso de drogas, ya sea como consecuencia de una reacción aguda, producto de una enfermedad mortal adquirida por el uso de drogas, por accidentes u otros motivos; favorecer la incorporación social de los drogodependientes, etc.

No existen series de tiempo de indicadores de todas estas áreas de acción de modo que es imposible evaluar en términos macro los resultados de las políticas de reducción de daños. Se analizarán, en cambio, los resultados en tres de las principales áreas de acción de estas iniciativas, de las cuales sí se cuenta con información estadística. Estos son: la evolución de los usuarios que se inyectan, los casos de SIDA asociados al uso intravenoso de drogas y las muertes por reacción aguda tras el consumo.

### A. Administración de droga por vía intravenosa

Entre los consumidores de drogas, las infecciones como el VIH y las hepatitis B y C se transmiten principalmente mediante el uso de la vía intravenosa como método de administración. Ello se debe en gran medida a que comparten instrumentos de inyección, como jeringas o agujas, y otros materiales, como algodón, cucharas y agua. Por ello, la reducción en la fracción de usuarios que se inyecta redundará en un posterior descenso de los casos de enfermedades infecciosas.

Esto es particularmente importante entre los usuarios de heroína, que son los que presentan una mayor fracción que utiliza la vía intravenosa, respecto del resto de las sustancias adictivas. De todos modos, esta práctica se ha ido dejando paulatinamente de lado por gran parte de los heroínómanos. En efecto, el año 1991 el 50,3% de los admitidos por primera vez a tratamiento por heroína se inyectaba, mientras que en 2000 la fracción era de 17,7%, según muestra el Gráfico N°11. En su reemplazo, muchos han optado por fumar esta droga.



Fuente: DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas (OED), Indicador tratamiento.

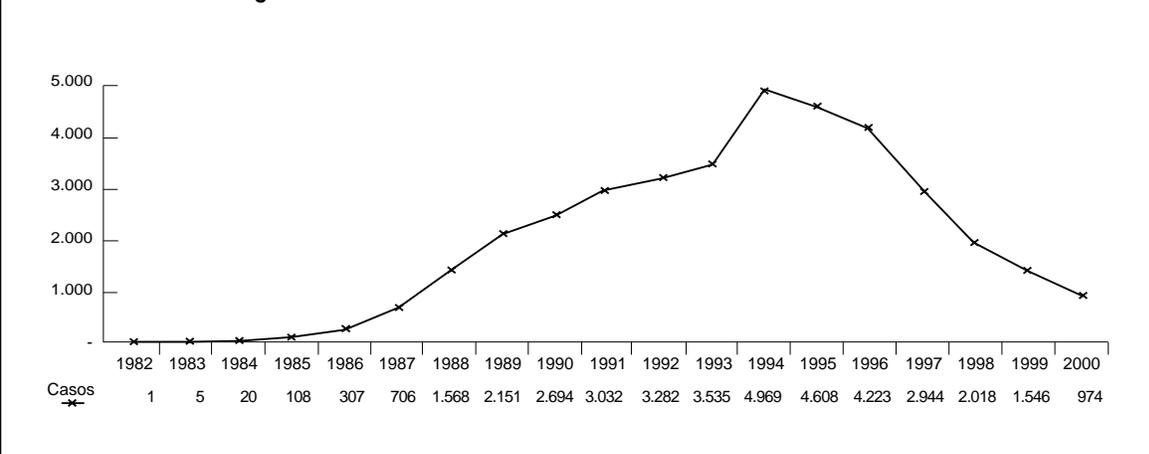
### B. Casos de SIDA asociados al consumo de drogas por vía intravenosa

Desde 1981 hasta diciembre del año 2000, en España se diagnosticaron 59.466 casos de SIDA y de ellos, 38.765 (65,2%) estuvieron relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral. Entre los casos diagnosticados sólo ese último año, la proporción atribuible al uso intravenoso de drogas es de 56%, lo que sugiere que este mecanismo de contagio se está haciendo menos importante en relación con otros como, por ejemplo, la vía sexual<sup>14</sup>.

Por otra parte, desde el año 1994 el número de casos de SIDA asociados al consumo de drogas por vía intravenosa ha disminuido sistemáticamente, registrando una reducción total de 80% entre ese año y el 2000. Durante los años ochenta y primera mitad de los años noventa, sin embargo, los casos evolucionaron al alza por lo que 1994 es un año de quiebre de tendencia avalado por todas las mediciones posteriores (ver Gráfico N°12).

<sup>14</sup> Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, Informe N°4, marzo 2001.

**Gráfico N°12** Evolución del número de casos de SIDA asociados al uso intravenoso de drogas, 1982 – 2000

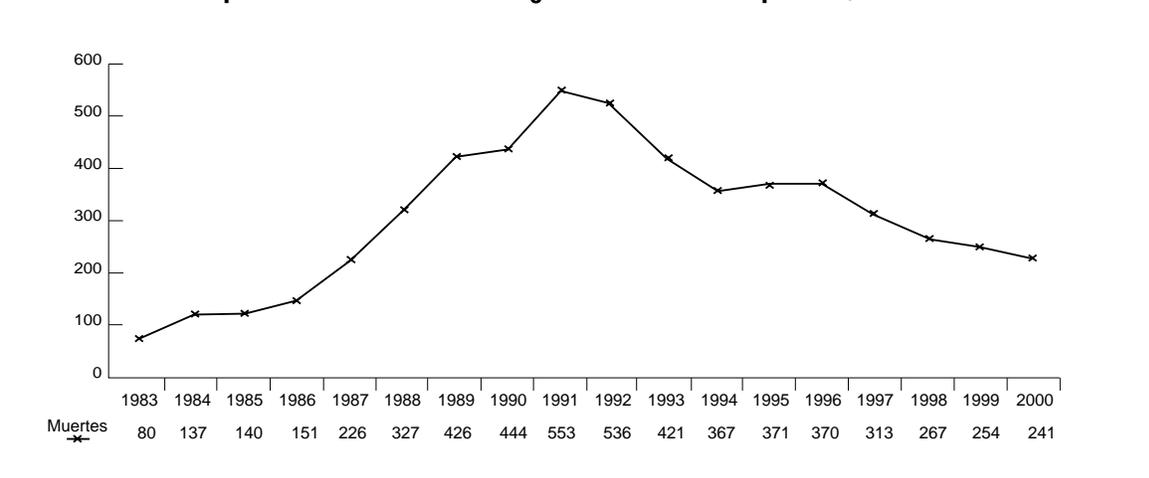


Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de SIDA

### C. Muertes por reacción aguda

Tras el máximo alcanzado el año 1991, ha descendido el número de muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos y cocaína en las cinco grandes ciudades españolas que se monitorean anualmente, según muestra el Gráfico N°13.

**Gráfico N°13** Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en cinco grandes ciudades españolas, 1983 – 2000



Fuente: DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas.

## VIII. COMENTARIOS FINALES

La estrategia sobre drogas de España tiene algunas particularidades que la han convertido en un referente importante para varios otros países. Entre ellas, destacan:

- (i) **Énfasis en la prevención:** estudios concluyen que la prevención es, desde una perspectiva de costo-beneficio, el tipo de intervención más conveniente para enfrentar las drogas. En España, ésta es un área de gran dinamismo: la prevención se realiza en los más diversos ámbitos (destaca el carcelario y el laboral), y hay un desarrollo legislativo paralelo (particularmente en las leyes propias de las CC.AA) que le garantiza continuidad en el tiempo.
- (ii) **Incorporación de drogas legales e ilegales en la misma estrategia:** considerando que ambos tipos de sustancias pueden provocar daños a la salud y que su condición legal es algo cultural y factible de ser modificado en el tiempo, tiene sentido incluir bajo una misma política las medidas desarrolladas en ambos contextos. Es un hecho que el tabaco mata a muchas más personas que las drogas ilegales y que el alcohol es una sustancia muy adictiva, que se relaciona directamente con los accidentes de tránsito. Por ello, prevenir y controlar su uso es, al menos, igualmente importante que hacerlo respecto de las sustancias ilegales. España es un ejemplo en este sentido.
- (iii) **Coexistencia de programas libres de droga y de reducción de daños:** parte importante del debate internacional sobre drogas se centra en la confrontación entre el enfoque de reducción de daños y el que aspira a lograr una sociedad libre de drogas. Esta discusión, sin embargo, es básicamente teórica, por cuanto en la práctica es factible incorporar en la estrategia elementos de ambas posturas. Es el caso de España: a su potente orientación preventiva y de educación, que pretende evitar que los jóvenes abusen de las drogas, suma programas tradicionales de reducción de daños, como el canje de jeringas y la distribución de metadona. Así, se busca reducir la cantidad de personas que consumen drogas, pero también mejorar la calidad de vida de quienes no pueden o no quieren dejarlas.

**(iv) Existencia de una instancia única y de alta jerarquía para dirigir la política nacional de drogas:** Países como Chile y Estados Unidos utilizan un esquema similar, pero dentro del entorno europeo ésta es una particularidad del enfoque español, que habitualmente se destaca como una de sus fortalezas.

Para terminar, un comentario sobre las aspiraciones, metas y objetivos de la política española sobre drogas. Las metas declaradas no son resultados concretos, sino más bien aspiraciones generales, como potenciar el debate sobre el tema, sensibilizar a la población y priorizar la prevención. Si bien la autoridad ha señalado objetivos precisos y muchas veces cuantificables en relación con lo que desea lograr en las distintas áreas de intervención, éstos son muchos y no tienen una jerarquía clara. Además, los resultados esperados intermedios o de procesos están en el mismo nivel de los definitivos, dificultando la evaluación macro de la política. Por ejemplo, si de los 14 objetivos generales y 38 objetivos concretos en prevención se concretan siete, ¿fue un éxito? ¿Importa qué objetivos se cumplieron y cuáles no, o son todos igualmente importantes? ¿Tienen la misma jerarquía los objetivos del área prevención y los relativos a la cooperación internacional? En esta materia, Estados Unidos es un buen ejemplo. La meta de su estrategia es reducir la fracción de la población que consume drogas. El objetivo concreto es reducir en 10% en dos años y en 25% en 5 años el porcentaje de jóvenes (12 a 17) y adultos (mayores de 18) que consume habitualmente drogas ilegales.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. "IV Plan trienal de drogodependencias (2000 – 2002) del parlamento vasco"
2. Auster, Joel y Thorel, Jerome (2000); "Cannabis and Marijuana Laws and Law Enforcement Procedures in Europe: a Comparative Study; NORML Annual Conference de febrero de 2000. En "www.drugtext.org.
3. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), "Barómetro de Junio", estudio nº2.459, junio 2002.
4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 1999"
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "Encuesta sobre drogas a la población escolar 2000, 2001.
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "Estrategia Nacional 2000 – 2008".
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "Memoria 2000".
8. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "National Report 2001 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction", 2001.
9. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación".
10. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, "Spain Drug Situation 2000", report to the EMCDDA by the Reitox national focal point of Spain, 2000.
11. Diario de las sesiones de las Cortes Generales, "Para el estudio del problema de las drogas", comisiones mixtas, "número 77, VII legislatura, año 2002.
12. European Legal Database on Drugs (ELDD), "Country Profile: Spain". En [http://eldd.emcdda.org/databases/eldd\\_country\\_profiles.cfm?country=ES](http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_country_profiles.cfm?country=ES)
13. European NGO Council on Drugs and Development (ENCOD), "A Snapshot of European Drug Policy", 2001 En [www.encod.org](http://www.encod.org)
14. Europol, "Annual Report 2001", The Hague, 16 de abril de 2002.
15. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), "Programas". En [www.fad.es/programas/index.htm](http://www.fad.es/programas/index.htm)
16. Observatorio Español sobre Drogas, "Informe N°4", marzo 2001.

17. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT o EMCDDA en inglés), “Las drogas en el punto de mira: los consumidores de drogas y la ley en la Unión Europea”, Sumario 2.
18. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “2001 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea”, Bélgica, 2001.
19. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (ODCCP), “Global Illicit Drug Trends 2001”, Nueva York 2001.

**CAPÍTULO 4**  
**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE**  
**PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS**  
**LA ESTRATEGIA DE ESTADOS UNIDOS**

Octubre 2002



# ÍNDICE

I. Resumen	151
II. Introducción	153
III. Legislación	155
1. Nivel federal	155
2. Nivel estatal	157
IV. Entidades públicas participantes	161
V. Estrategia	163
1. Fundamentos y evolución	163
2. Metas y objetivos	164
3. Política de prevención	165
4. Política de asistencia de adictos	174
5. Política de control	179
6. Aspectos internacionales	186
VI. Presupuesto	187
1. Presupuesto federal	188
2. Presupuesto estatal	191
VII. Resultados obtenidos	193
1. Evolución del consumo de drogas	193
2. Consecuencias del uso de drogas ilícitas	199
3. Disponibilidad de droga	200
4. Logros de algunos programas específicos	202
VIII. Comentarios finales	205
IX. Bibliografía	209



## I. RESUMEN

El año 2002 el Presidente George Bush propuso una nueva meta para la estrategia de control de drogas de Estados Unidos: la reducción del consumo habitual de drogas ilegales en la población juvenil y adulta de 10% en dos años y, de 25% en cinco años<sup>1</sup>.

Para lograr esta meta se definieron tres prioridades nacionales, las cuales deberán orientar la acción y concentrar los recursos. Ellas son:

- (i) **Detener el uso antes de que empiece:** la labor preventiva es esencialmente primaria, es decir, que apunta a evitar que los jóvenes prueben drogas en primer término. Para ello, se utilizan principalmente dos herramientas -educación y acción comunitaria-, y se desarrollan múltiples iniciativas que incluyen campañas masivas orientadas a los jóvenes y sus padres, programas en los colegios y fondos de respaldo a las actividades desarrolladas por las comunidades locales, entre otras.
- (ii) **Rehabilitar a los usuarios de droga estadounidenses:** para las autoridades del ámbito, la adicción se asemeja a una enfermedad crónica, que debe ser tratada. Se busca proveer una oferta suficiente de tratamiento para atender a todos los dependientes y consumidores abusivos, de modo que puedan lograr la abstinencia y vivir una vida libre de drogas. Uno de los medios utilizados para identificar a los adictos es el sistema judicial/penal, mediante el cual se ofrece tratamiento a los que están en conflicto con la justicia y tienen problemas con la droga.
- (iii) **Desarticular el mercado de la droga:** se reconoce que oferta y demanda interactúan de forma tal, que una menor disponibilidad favorece la reducción del consumo, principal meta de la estrategia. En este contexto, la política estadounidense tiene como objetivo la destrucción del mercado de droga (principalmente dentro del país pero también en otras naciones) atacando la base económica de este comercio ilegal.

<sup>1</sup> Antes había cinco metas en vez de una, pero estaban en la misma línea de reducción del consumo. Ver detalle en la sección correspondiente.

Respecto de los resultados obtenidos, cabe señalar que varias iniciativas específicas, principalmente en las áreas de tratamiento y prevención, han sido exitosas en cuanto al logro de sus metas. Por ejemplo:

- Un estudio con 10.000 participantes de programas de base comunitaria de 11 ciudades demostró que las diversas modalidades de tratamiento a que fueron sometidos lograron entre 44% y 69% de reducción en el uso semanal de heroína, entre 56% y 69% en el uso de cocaína, y entre 55% y 67% en el consumo de marihuana. Además, redujeron significativamente la participación en actividades delictivas y mejoraron las condiciones de trabajo de los participantes. Se encontraron cambios sustanciales en estos ámbitos aún cinco años después del tratamiento<sup>2</sup>.
- Luego de varias evaluaciones y puestas a prueba, los expertos han identificado algunos programas de prevención específicos que han probado tener buenos resultados a largo plazo. Entre ellos el “*Life Skills Training*” (Habilidades para la vida), un programa escolar orientado principalmente a desarrollar factores protectores en los niños. Una encuesta realizada a aproximadamente 6.000 estudiantes de 56 escuelas mostró un descenso notable en el consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana seis años después de la evaluación inicial del mismo. La prevalencia de uso de estas sustancias fue 44% menor en relación con el grupo de control, y el abuso regular (semanal) de drogas fue 66% menor<sup>3</sup>.

Con todo, estos resultados se ven opacados por las cifras agregadas de la evolución del consumo de drogas ilegales en el país, cuya reducción es la meta última de la estrategia. Luego de una fuerte baja durante los años ochenta, en los años noventa se registró un aumento de la fracción de jóvenes y adultos que declaró haber usado alguna droga ilegal durante el último mes, último año y en la vida. Entre los años 2000 y 2001, el uso de drogas ilegales se incrementó significativamente. Para ilustrar lo anterior: mientras en la medición del 2000 el 6,3% de los mayores de 12 años declaró haber usado alguna droga ilegal durante el mes previo a la encuesta, el año 2001 el 7,1% de los entrevistados dijo lo mismo. Esto corresponde a un aumento de 13% en un año y es estadísticamente significativo al 1%. Además, el costo para la sociedad del abuso de drogas y las muertes relacionadas con ello han aumentado sostenidamente.

Por su parte, los programas y los recursos invertidos en la política de control de oferta no han logrado aumentar el precio que enfrentan los consumidores del país. El precio de un gramo puro de heroína y cocaína ha disminuido desde 1981, y el de marihuana ha bajado desde 1991. A pesar de que hay un muchos factores que inciden en esta relación, todo lo demás constante, un menor precio induce un mayor consumo.

<sup>2</sup> Fuente: Drug Abuse Treatment Outcome Study, National Treatment Improvement Evaluation Study and Services Research Outcomes Study; Citado en ONDCP, National Drug Control Strategy, Annual Report 2002.

<sup>3</sup> Fuente: NIDA, “Preventing Drug Use among Children and Adolescence, a Research-Based Guide”. En: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/Prevopen.html>

## II. INTRODUCCIÓN

Durante la última campaña electoral, el actual Presidente de los Estados Unidos George Bush fue enfático en señalar que la guerra contra las drogas sería una de las prioridades de su gobierno y que había llegado el momento de revitalizar el movimiento nacional contra esas sustancias, debido a los inmensos daños sociales que provocan. En sus palabras, *“Debemos reducir el uso de drogas por una gran razón moral: a través del tiempo, las drogas han robado a hombres, mujeres y niños su dignidad y carácter; las drogas ilegales son enemigas de la ambición y la esperanza. Cuando combatimos contra las drogas, peleamos por las almas de nuestros queridos americanos.”*<sup>4</sup>. Desde el 11 de septiembre del 2001, el discurso oficial ha incorporado un nuevo elemento: la lucha contra las drogas es también una lucha contra el terrorismo, ya que muchas veces las remesas del narcotráfico financian a estas organizaciones violentas.

Si bien el gobierno federal ha subrayado que aspira a lograr una sociedad libre de drogas y ha criticado abiertamente el enfoque de reducción de daños, en el ámbito estatal, en ámbitos académicos y entre muchos expertos que trabajan en esta área la balanza parece inclinarse más bien hacia este segundo enfoque, cual es, priorizar la minimización del daño asociado al consumo de drogas más que a la reducción del consumo en sí. Lo señalado amenaza la continuidad del estilo hasta ahora seguido. Tanto es así, que en el último informe anual de la ONDCP se manifiesta la necesidad de reconstruir el consenso en esta materia, por cuanto -se señala- *“se ha minado la confianza en la capacidad de las instituciones públicas (educacionales, de rehabilitación, de seguridad y militares) para luchar contra las drogas”*. Con todo, el tono y el mensaje de la estrategia son positivos y muy claros: *“Vamos a presionar en contra del problema de las drogas; “éste va a retroceder”*<sup>5</sup>

Además de la política doméstica, Estados Unidos está interesado en la reducción del consumo de drogas en todo el mundo, así como también en la desarticulación

<sup>4</sup> Citado en ONDCP, National Drug Control Strategy, 2002 Annual Report, pg. 2.

<sup>5</sup> Fuente: “National Drug Control Strategy, 2002 Annual Report, pg. 3.

de las bandas internacionales y en la destrucción de las fuentes de droga. Por eso apoya a varios países en su trabajo interno; un claro ejemplo es el respaldo que le ha dado al Presidente de Colombia Andrés Pastrana en el desarrollo del “Plan Colombia”.

El presente informe se estructura en 8 capítulos, siendo los dos primeros el resumen y esta introducción. En el capítulo III se describe la legislación federal y estatal sobre drogas. La sección IV revisa cuáles son las autoridades nacionales responsables de la estrategia. En el capítulo V se expone la estrategia nacional de control de drogas, organizada en sus tres áreas principales: prevención, tratamiento y control. En el capítulo VI se aborda el tema del presupuesto y, en los capítulos VII y VIII se exponen los resultados obtenidos y se presentan algunos comentarios finales, respectivamente.

## III. LA LEGISLACIÓN

En Estados Unidos son ilegales la marihuana, la cocaína (y el crack), la heroína, la metanfetamina y otras varias drogas, cuyo potencial de abuso es el fundamento para su control.

Estados Unidos es un estado federado y, como tal, cuenta con cortes federales y estatales en que se procesan los delitos. Respecto de las infracciones relacionadas con droga, ciertos casos se tramitan en cortes federales, otras en cortes estatales y otras en ambas. En los dos niveles se promulgan normas que orientan la decisión de los jueces de las cortes respectivas sobre la pena a aplicar en cada caso particular. Estas leyes varían significativamente entre estados.

### 1. Nivel federal

En el nivel federal, el principal cuerpo legal sobre la materia es la Ley de Sustancias Controladas de 1970, correspondiente al Título II de la Ley Global de Prevención de Abuso y Control de Sustancias (*Controlled Substance Act, Title II of the Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act; CSA*). Ésta es una consolidación de numerosas leyes que regulan la producción y distribución de narcóticos, estimulantes, depresores, alucinógenos, esteroides anabólicos y químicos usados en la fabricación de sustancias controladas.

La CSA clasificó todas las sustancias que estaban reguladas en alguna ley federal dentro de cinco categorías, según su potencial de abuso, sus usos médicos y su capacidad de producir dependencia. Las categorías se presentan en orden decreciente de potencial de abuso, correspondiendo la I a las sustancias controladas con alto potencial de abuso y sin uso médico aceptado en Estados Unidos. Las sustancias de la categoría V, por su parte, son aquellas que tienen muy bajo riesgo de ser abusadas y que se pueden utilizar con propósitos médicos.

En el Cuadro N°1 se presenta el listado con las cinco categorías de sustancias controladas, según la CSA.

**Cuadro N°1** Listado de sustancias controladas, según la Ley de Sustancias Controladas (CSA)

Categoría	Potencial de abuso	Uso médico	Dependencia física	Dependencia Psicológica	Ejemplos
I	Alto	no	<i>*Ausencia de forma segura de uso, ni aún bajo supervisión médica</i>		heroína, LSD, marihuana
II	Alto	sí, aunque puede ser bajo severas restricciones	Severa	Severa	cocaína, metadona, metanfetamina, morfina, PCP
III	inferior a I o II	si	Moderada o baja	Alta	algunos barbitúricos, esteroides anabólicos, codeína o hidrocodone con aspirina o Tylenol
IV	inferior a III	si	Menor que III	menor que III	Valium, Xanax
V	inferior a IV	si	Menor que IV	menor que IV	Medicamentos para la tos con codeína

Fuente: Drug Enforcement Administration (DEA), US Department of Justice

Las cortes federales consideran esta clasificación para determinar la pena a aplicar en los delitos relacionados con droga. Todo lo demás constante, la sanción es más dura cuando la sustancia involucrada es de categoría I o II que cuando es V. Otros elementos que se consideran son la acción (posesión, venta, etc.), las consecuencias de dicha acción, la cantidad de droga y el número de infracciones de droga previas.

Por ejemplo, a un condenado primerizo por tráfico de 500 a 4,999 gr de cocaína se le aplica una pena de entre 5 y 40 años de privación de libertad. Si provoca muerte o lesión grave, la sanción se aplica entre 20 años y de por vida. Pero, si es el segundo delito de droga del ofensor, entonces la reclusión irá entre los 10 años y de por vida en caso simple, y será al menos de por vida si hay muerte o lesión grave. Si la cantidad en cuestión es más de cinco kilos de cocaína, entonces las penas son superiores. La primera infracción es sancionada con reclusión de entre 10 años y cadena perpetua, y si hay muerte o lesión, la pena irá entre 20 años y cadena perpetua. Las multas que se imponen también son superiores cuando la cantidad de droga es mayor o cuando es la segunda infracción.

Por otra parte, mediante la Ley Contra el Abuso de Sustancias (*AntiDrug Abuse Act*) de 1988 se consignó una diferencia en las penas, según si la cantidad de droga en cuestión es para uso personal o no. Esta ley faculta al gobierno a castigar las ofensas menores sin que quede registro criminal, si el infractor está en posesión de una pequeña cantidad de droga, por cuanto le da la opción de imponer sólo una multa civil de hasta 10.000

dólares. El Congreso ha impuesto dos limitaciones para ello: (i) no puede ser usada si el infractor ha sido condenado previamente por un delito de droga estatal o federal, y (ii) no puede ser usada si ya se le han impuesto dos multas bajo esta misma legislación.

## 2. Nivel estatal

A pesar de que las leyes federales se aplican a cada estado, en las legislaciones de muchos de ellos se han desarrollado directrices propias respecto de las sustancias controladas para facilitar la aplicación de sentencia en las cortes estatales<sup>6</sup>. Mediante la creación de sus propios listados (alternativos al de CSA), los estados mantienen cierta autonomía y flexibilidad respecto de cómo desean ellos tratar un caso particular. Por ejemplo, pueden agregar o sacar cierta sustancia de una categoría, con lo que cambian la pena asociada a la venta, manufactura, distribución, cultivo, posesión o uso de esa sustancia.

En febrero de 2002 se publicó un vasto estudio<sup>7</sup> que describe las penas establecidas por las leyes de los distintos estados en relación con las infracciones vinculadas con droga. El objetivo fue constatar las diferencias existentes entre los estados (entre ellos y respecto del nivel federal), en cuanto a tres elementos: (i) el listado de sustancias controladas, (ii) las penas asignadas a ciertos delitos y (iii) el uso médico de la marihuana.

Respecto del punto (i) se comprobó que la mayoría de los estados ha optado por mantener un listado consistente en cinco categorías como CSA, aunque varios han preferido reclasificar algunas sustancias dentro de ellas, particularmente la marihuana y las llamadas “*club drugs*” como el éxtasis. Respecto de la marihuana, 37 estados la consideran clase I (como CSA), seis estados no la ordenan en ninguna categoría, tres la clasifican en una categoría distinta a la I, pero reconocen su alto potencial de abuso y la escasa evidencia respecto de su uso médico, y dos la dejan fuera de la clase I, con la intención de permitir su uso médico. En cambio, existe gran uniformidad en cuanto a clasificar a la cocaína y la metanfetamina como clase II entre las 48 jurisdicciones que agrupan las drogas según su potencial de abuso y utilidad médica.

<sup>6</sup> A pesar de que las leyes federales rigen en todo el territorio estadounidense, históricamente los estados han experimentado con diferentes políticas y regulaciones. De hecho, existen varios episodios que demuestran que el gobierno federal ha seguido las políticas experimentadas por algunos estados después de un tiempo. Es el caso, por ejemplo, de la prohibición de la venta de marihuana. Algunos estados comenzaron a establecer la prohibición durante las décadas de 1920 y 1930, y cuando en 1937 el gobierno federal aprobó la Ley de Impuesto de la Marihuana (Marihuana Tax Act), los 50 estados tenían ya sus propias leyes prohibiendo el uso no médico de la sustancia.

<sup>7</sup> ImpacTeen Illicit Drug Team (2002); ImpacTeen Illicit Drug Team es un equipo de investigación conformado por profesionales de la Andrews University, The MayaTech Corporation y RAND. El proyecto es financiado por la Robert Wood Johnson Foundation y administrado por la Universidad de Illinois.

Los menos han decidido variar el número de categorías o los criterios utilizados en la clasificación. Cuatro estados usan un listado de seis categorías, un estado utiliza uno de siete y otro estado uno de cuatro; Vermont clasifica las drogas según su tipo (depresor, estimulantes, etc.) y no según su potencial de abuso, mientras que Maine y Massachusetts lo hacen de acuerdo con la severidad de la pena.

Respecto de las disposiciones sobre las penas<sup>8</sup> en relación con la posesión y venta (las infracciones analizadas) de determinadas drogas (marihuana, cocaína, metanfetamina y éxtasis), también se observa gran diferencia entre los estados, la que se explica, en parte, por las variaciones en la clasificación.

Para ilustrar lo anterior, en el Cuadro N°2 se presenta la distribución de la pena máxima de reclusión aplicable por la posesión o venta de una cantidad específica de determinadas sustancias, entre los distintos estados. Se presenta la pena del estado que la define en el menor nivel y la del mayor, además de las sanciones correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75.

**Cuadro N°2** Máxima penas de reclusión (años) en los distintos estados, según tipo de delito y droga

	Marihuana 10 gr	Cocaína 1 gr	Éxtasis 125 mg	Metanfetamina 10 gr
<b>Posesión</b>				
Mínimo	0,003	0,42	0,082	0,42
Percentil 25	0,5	1	1	1,5
Percentil 50	0,75	5	5	5
Percentil 75	1	7	6	7
Máximo	5	15	15	25
Número de estados que no especifican un tiempo máximo de reclusión	9	0	14	0
<b>Venta</b>				
Mínimo	0,5	1	1	1
Percentil 25	1,375	10	5	6,75
Percentil 50	5	15	10	10
Percentil 75	7,75	30	20	25
Máximo	vida	vida	vida	vida
Número de estados que no especifican un tiempo máximo de reclusión	1	0	13	1

Fuente: ImpactTeen Illicit Drug Team, "Illicit Drug Policies: Selected Laws from 50 states" (2002).

<sup>8</sup> Se refiere a las "Statutory Laws", que no necesariamente son las aplicadas por los jueces en los casos específicos. Cabe destacar que éstas no contienen toda la legislación estatal sobre esta materia, pero son la base para la aplicación y desarrollo de las leyes administrativas, leyes de casos y directrices para sentencias que son utilizadas por algunas cortes.

Se observa que las penas máximas asignadas en las leyes varían considerablemente entre estado y estado. Respecto de la posesión de cocaína, por ejemplo, mientras en un estado no se puede aplicar una pena de más de 5 meses (0,42 año), en otro la pena máxima es de 15 años. La misma variación se observa respecto de las otras drogas y en el delito de venta, según se pone de manifiesto en el cuadro.

Otro elemento que varía considerablemente entre las legislaciones de los distintos estados de Estados Unidos tiene relación con el uso médico de la marihuana: aun cuando el gobierno federal ha sido enfático en señalar que no existe suficiente evidencia sobre su efectividad, en 24 estados y el Distrito de Columbia se ha promulgado algún tipo de ley al respecto.



## IV. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

Como en muchos otros ámbitos, en materia de drogas Estados Unidos sigue un modelo de trabajo descentralizado, en el cual las entidades estatales y locales desarrollan las actividades preventivas, de tratamiento y control que mejor se ajustan a su realidad particular.

Para apoyar su gestión, el gobierno federal dirige, coordina, supervisa y apoya a dichas unidades, para lo cual la Casa Blanca cuenta con la Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP, por su sigla en inglés), la principal agencia federal responsable del desarrollo y aplicación de la estrategia antidroga. Creada en 1988 mediante la Ley Contra el Abuso de Drogas (*Antidrug Abuse Act*), sus funciones originales fueron la fijación de prioridades, la implementación de una estrategia nacional y la certificación del presupuesto federal para el control de drogas. Con los años, la ONDCP fue adquiriendo nuevas responsabilidades y en la actualidad, además de sus funciones originales, es responsable de la implementación directa de cuatro programas<sup>9</sup> y de evaluar periódicamente el avance del país en esta materia.

Hoy, la misión de la ONDCP se manifiesta en los siguientes términos: “Reducir la demanda, disponibilidad y consecuencias del uso de drogas ilegales en Estados Unidos”. Esta agencia es responsable de la coordinación de la aplicación de la Estrategia Nacional de Control de Droga, en la que participan más de 50 organismos federales, los gobiernos estatales y locales, el sector privado y algunos gobiernos extranjeros. La función de coordinación es vital porque, a fin de cuentas, el éxito del país en su lucha contra las drogas depende de la gestión de todas estas entidades, ninguna de las cuales -cabe destacar- depende directamente de la ONDCP.

<sup>9</sup> Son los programas Areas de Alta Intensidad de Tráfico de Droga, Campaña Nacional Antidrogas para Jóvenes, Comunidades Libres de Droga y, el Centro de Evaluación de la Tecnología Contra las Drogas (*Counter Drug Technology Assessment Center*) que es la entidad de investigación y desarrollo del gobierno en materia de aplicación de la ley contra las drogas. Los primeros tres programas serán detallados en el capítulo V.

Para cumplir con su misión, la ONDCP tiene las siguientes funciones o actividades:

- Desarrollar la Estrategia Nacional de Control de Droga, la cual debe ser pulida cada año para incorporar las nuevas amenazas y desafíos.
- Supervisar los diversos programas de acuerdo con las metas de la Estrategia, ejerciendo liderazgo, dirección y construyendo los consensos necesarios.
- Evaluar el progreso de la Estrategia en el logro de las metas propuestas
- Revisar los presupuestos de las agencias vinculadas al tema droga y hacer el presupuesto federal consolidado.
- Ejecutar los 4 programas que realiza directamente (Áreas de Alta Intensidad de Tráfico de Droga, Campaña Nacional Antidrogas para Jóvenes, Comunidades Libres de Droga y, el Centro de Evaluación de la Tecnología Contra las Drogas)

Además de la ONDCP, varios departamentos de estado y otras agencias federales cumplen funciones afines, entre las que destacan la investigación y la entrega de fondos para la realización de actividades de prevención, tratamiento y control. Entre ellos, la DEA; el FBI; el Departamento de Justicia, principalmente mediante la Oficina de Programas de Justicia; el Departamento de Salud y *Human Services*, mediante los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA); el Departamento de Educación; el Departamento del Trabajo; el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano; y el Instituto Nacional de Salud, del cual dependen el Instituto Nacional sobre Abuso de Sustancias (NIDA) y el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo.

En la lucha contra las drogas, a estas y otras agencias federales se suman múltiples entidades públicas estatales y locales, además de muchas organizaciones privadas. Entre ellas, departamentos estatales (salud, educación, etc.), universidades, ONGs, etc.

## V. LA ESTRATEGIA

### 1. Fundamentos y evolución

El año 1989 se diseñó la primera Estrategia Anual de Control de Drogas de Estados Unidos, a cargo de la recién creada Oficina de la Política Nacional de Control de Droga (ONDCP). Desde entonces, cada año la Oficina publica un informe anual, en el que da cuenta de las actividades realizadas y propone la estrategia para el siguiente período. En estos informes, progresivamente se fue reconociendo que, para lograr una reducción en el consumo de drogas, se deben combinar múltiples elementos en un enfoque amplio e integrado. A la importancia de la prevención se agrega la necesidad de dar tratamiento a quienes lo necesiten, para reducir la demanda. Pero no basta con atacar la demanda; es necesario contar con elementos de reducción de oferta en los países de origen, en los países de tráfico, en las fronteras y en Estados Unidos. Además, en cada informe anual se ha expresado el compromiso de mantener y hacer cumplir las leyes vigentes y se ha acordado cimentar la estrategia en los conocimientos científicos sobre la materia.

La acción del gobierno estadounidense se fundamenta en el convencimiento de que el consumo de drogas trae consecuencias negativas a la persona y la sociedad. La tolerancia al uso de drogas –señala expresamente la Estrategia del año 2002- es particularmente corrosiva para cualquier persona autónoma y puede significar incluso su muerte. En el nivel social, las drogas dificultan el funcionamiento de la democracia, por cuanto ella requiere de personas que valoren su libertad y la responsabilidad personal, actitudes que son erosionadas por las drogas. Por ello, la reducción del consumo juvenil y adulto de todas las drogas ilegales ha sido siempre el objetivo último de la política.

## 2. Metas y objetivos

El año 2002, el Presidente George Bush propuso nuevas metas para la Estrategia Nacional de Control de Drogas de Estados Unidos, según da cuenta el informe de febrero de ese año.

Estas nuevas metas pueden resumirse en un gran objetivo, reducir el consumo de drogas ilegales y, a diferencia de las anteriores, están redactadas en términos objetivos, medibles y están asociadas a un plazo fijo. En el Recuadro N°1 se exponen.

### Recuadro N°1 Metas de la Estrategia Nacional de Control de Drogas de Estados Unidos

Metas a dos años:

- Reducir en 10% el uso habitual de drogas ilegales de los jóvenes entre 12 y 17 años
- Reducir en 10% el uso habitual de drogas ilegales de los adultos mayores de 18 años

Metas a 5 años:

- Reducir en 25% el uso habitual de drogas ilegales de los jóvenes entre 12 y 17 años
- Reducir en 25% el uso habitual de drogas ilegales de los adultos mayores de 18 años

**Nota:** Como base de comparación se utilizarán los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional Domiciliaria de Abuso de Drogas del año 2000. El "uso habitual" corresponde a la prevalencia mensual y "todas las drogas ilegales" incluye marihuana, cocaína, crack, heroína, metanfetamina y otras.

Fuente: ONDCP, National Drug Control Strategy, The White House, febrero 2002.

Anteriormente, la estrategia se rigió por 5 metas y 32 objetivos que fueron definidos en el informe anual del año 1996 y reafirmados cada año, hasta el 2002. Las 5 metas eran:

- Educar y posibilitar que la juventud estadounidense rechace las drogas ilegales, el tabaco y el alcohol
- Aumentar la seguridad de los ciudadanos estadounidenses mediante la reducción sustancial de los crímenes y la violencia vinculados a las drogas
- Disminuir los costos de salud y sociales derivados del uso de drogas ilegales, mediante la reducción de la "brecha en tratamiento"
- Proteger las fronteras estadounidenses aéreas, marinas y terrestres de la amenaza de la droga
- Desarticular las fuentes domésticas y extranjeras de oferta de drogas

Esta sustitución formal de metas no modifica en nada la línea central de acción de la política estadounidense, la cual ha estado siempre orientada a reducir el consumo de drogas ilegales en los jóvenes y la población general.

Lo que se hizo, más bien, fue una distinción entre el objetivo de la política y los métodos que se utilizarán para lograrlo. Así, el propósito central es la reducción del consumo y los mecanismos que se utilizarán para alcanzarlo serán la educación, el tratamiento, la protección de las fronteras y la desarticulación de las fuentes de abastecimiento. Esto último se refleja en las “Prioridades Nacionales” que se definen junto con la nueva meta: (i) detener el consumo antes de que empiece, (ii) rehabilitar a los adictos y (iii) desarticular los mercados de droga.

### 3. Política de prevención

En materia de prevención, la estrategia nacional de control de drogas aspira a “*detener el consumo antes de que empiece*” y busca transmitir un mensaje claro y único: el uso de drogas es peligroso, está mal y no será tolerado. Para ello utiliza principalmente dos herramientas: educación y acción comunitaria.

Se parte de la base de que la prevención funciona y es posible desalentar a los adolescentes de incurrir en conductas riesgosas, como el consumo de sustancias ilícitas. Además, se pone de manifiesto que, desde una perspectiva de costo-beneficio, la prevención es eficiente, ya que evitar las primeras ocasiones de consumo es más barato que intervenir posteriormente, vía tratamiento o mediante el sistema judicial.

En el trabajo preventivo intervienen múltiples actores. Entre ellos, los colegios, las asociaciones religiosas, las organizaciones comunales y los medios de comunicación. Con todo, a los padres se les reconoce la primera responsabilidad, por lo que varios programas preventivos apuntan a fortalecer las familias y ayudar a los progenitores a educar a sus hijos y guiarlos para que sean capaces de resistir la presión.

A continuación se exponen algunos de los principales programas de la línea preventiva de la Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas. Los tres primeros corresponden a fondos determinados para desarrollar actividades en áreas específicas de la prevención, como los colegios y las comunidades. El cuarto -la campaña masiva de prevención para jóvenes- es un programa que ejecuta directamente la Oficina, aunque para ello cuenta con el apoyo de diversas entidades públicas y privadas en el ámbito estatal y local.

### **A. Fondo para Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias (“*Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant*”)**

Este fondo es la piedra angular de los programas de prevención y tratamiento del país y da cuenta de cerca del 40% de los recursos públicos gastados en este ámbito (ver descripción más adelante, en los programas de tratamiento).

### **B. Programa “Colegios Seguros y Sin Droga”**

El programa “Colegios Seguros y Sin Droga” (*Safe and Drug Free Schools Program, SDFSP*) fue lanzado en 1986 y es la herramienta principal del gobierno federal para reducir el uso de drogas, de alcohol, de tabaco y los actos de violencia, mediante la educación y prevención en el ámbito escolar.

El SDFSP tiene dos elementos: (i) Fondo estatal para el desarrollo de programas preventivos de uso de drogas y violencia y, (ii) Programas nacionales. Mediante el primero, se financian diversas actividades preventivas en el ámbito escolar o comunitario, dirigidas por las agencias educacionales estatales y locales. Se busca que las iniciativas que reciben este apoyo coordinen los esfuerzos y recursos comunitarios, estatales y federales. Los programas nacionales, por su parte, son iniciativas del gobierno federal que se realizan para responder a las necesidades emergentes y a las prioridades nacionales, como lo son la subvención a colegios con severos problemas de drogadicción, la evaluación de programas y, la diseminación de información.

Anualmente, el Congreso designa el monto total que se destinará al programa. El Departamento de Educación de Estados Unidos determina la distribución de éste entre los estados, según la población escolar de cada uno de ellos y otros datos. Cada Departamento de Educación estatal recibe el monto y lo distribuye casi en su totalidad entre los distritos locales de educación. Finalmente, el monto que le corresponde a cada agencia educacional local se determina mediante una fórmula y según los datos que indican sus necesidades especiales. Pueden postular a este fondo los distritos de colegio público, consorcios de distritos de colegios y escuelas directamente financiados por el estado. Los alumnos de colegios privados o sin fines de lucro también pueden beneficiarse del programa, mediante el distrito de colegio público correspondiente.

Para asegurar que las actividades financiadas por el fondo sean adecuadas, se exige que ellas cumplan con los siguientes Principios de Efectividad, definidos por el Departamento de Educación de Estados Unidos:

- Los programas deben basarse en una evaluación acuciosa de los datos objetivos disponibles sobre los problemas de droga y violencia en el colegio o comunidad correspondiente.

- Se deben establecer metas y objetivos medibles para las actividades, lo que debe hacerse incorporando representantes de la comunidad.
- Las actividades a diseñar e implementar, deben fundamentarse en la investigación en este campo (“*research-based*”).
- Los programas deben ser evaluados periódicamente para registrar el progreso obtenido en relación con las metas propuestas. Esta información debe utilizarse para refinar, mejorar, fortalecer o redefinir las metas del programa, según corresponda

Las actividades que son factibles de ser desarrolladas mediante “Colegios Seguros y Sin Droga” son de una gran variedad. Pueden ser programas destinados a: señalar las consecuencias legales, sociales, personales y de salud del uso de droga; promover la responsabilidad personal; fortalecer destrezas como el pensamiento crítico, la comunicación o la resolución de conflictos, en conjunto con información sobre el daño que las drogas provocan; enseñar técnicas para resistir la presión de los pares o capacitar a profesores y padres para apoyar a los adolescentes en este tema, entre otros. Entre las actividades que no pueden ser financiadas con estos fondos destacan las de entretención o actividades sociales no ligadas a la prevención (ejemplo, “Fiesta Sin Droga”) y la adquisición de premios costosos para fomentar la participación en estas actividades (ejemplo: gran banquete de clausura). Por último, hay ciertos tipos de actividades que pueden ser financiadas mediante este programa, pero sujetos a restricciones. En esta última categoría están los proyectos de investigación<sup>10</sup> (“*drug surveys*”) y los programas de chequeo de consumo<sup>11</sup>.

En el siguiente recuadro se describe una de las actividades de prevención escolar más populares de Estados Unidos y que se aplica en la mayoría de los centros educacionales del país: el programa DARE (*Drug Abuse Resistance Education*). Una de las formas en se financia es mediante el programa Colegios Seguros y sin Droga, aunque no es su fuente de recursos principal<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Se exige el respeto a la Ley de Protección de los Derechos de los Pupilos, particularmente en lo referido al permiso de los padres para que sus hijos participen de este tipo de investigaciones.

<sup>11</sup> Se exige que existan antecedentes previos de que hay un problema de drogas y de que se han aplicado programas preventivos sin éxito suficiente. Además, se debe minimizar la intrusión en la privacidad de los alumnos y debe utilizarse con propósitos no-criminales.

<sup>12</sup> DARE es anterior al Programa Colegios Seguros y Sin Droga. Cuenta con diversas fuentes de financiamiento, entre las que destaca el Departamento de Asistencia Judicial (“*Bureau of Justice Assistance*”). Se describe aquí por su gran popularidad dentro de los programas preventivos escolares.

### Recuadro N°2 El programa DARE de prevención de uso de drogas

DARE es un programa escolar de prevención de uso de drogas y violencia. Creado en 1983 por el Departamento de Policía de Los Ángeles y el Distrito de Colegios Unificado de la misma ciudad, hoy es uno de los más populares en Estados Unidos. De hecho, el Presidente Bush declaró el día 11 de abril de 2002 como el Día Nacional de DARE. Las evaluaciones que intentan medir los efectos de largo plazo del programa arrojan resultados mixtos. Existe consenso en cuanto al efecto positivo que se genera en las actitudes de los jóvenes hacia el uso de tabaco, alcohol y drogas, pero, en general, no se ha detectado asociación entre los niveles de exposición al programa y el comportamiento de los participantes. Estudios de seguimiento muestran escasos efectos duraderos del programa.

DARE tiene la particularidad de ser dictado por oficiales de la policía especialmente capacitados para ello, quienes son considerados expertos en la materia por cuanto deben lidiar con las drogas y sus consecuencias habitualmente en su trabajo diario. Mediante este programa se fortalece el vínculo entre la policía y la comunidad, particularmente con los jóvenes.

El objetivo central de DARE es ayudar a los jóvenes a reconocer y resistir la presión directa e indirecta de experimentar con drogas o de involucrarse en actividades violentas. El trabajo se centra en el fortalecimiento de las habilidades de comunicación, de toma de decisiones, de resolución pacífica de conflictos y otras capacidades sociales que permiten sortear con éxito la presión. Asimismo, se busca aumentar los factores protectores individuales, familiares y comunitarios que minimizan las probabilidades que el joven desarrolle una adicción.

El currículum principal se dicta a estudiantes de 5º y 6º básico mediante varias sesiones de entre 45 minutos y una hora de duración. Se usan diversas técnicas como jornadas de pregunta y respuesta, discusiones grupales, actuaciones y talleres de ejercicios. Adicionalmente, se han incorporado sesiones preparatorias y de reforzamiento que abarcan desde kinder hasta cuarto medio.

Entre los programas discrecionales más recientemente desarrollados como parte del SDFSP destacan los siguientes:

- *Colegio seguro / alumnos saludables*: esta iniciativa comenzó en 1999 y apoya los esfuerzos de colegios urbanos, rurales, suburbanos y minorías étnicas para vincular las actividades preventivas con los servicios de base comunitaria, lo que incluye servicios sociales y servicios del sistema de justicia juvenil.
- *Coordinadores para prevención en secundaria y para el programa de colegio saludable*: este programa comenzó en 1999 y se fundamenta en la investigación que ha demostrado que personas con dedicación exclusiva y adecuadamente capacitadas en seguridad escolar y prevención de uso de drogas pueden ser útiles para reducir el consumo de drogas, los incidentes violentos y los problemas de disciplina. El programa entrega recursos a los estados y distritos para que recluten, contraten y entrenen coordinadores. Entre las responsabilidades de los coordinadores destacan: asistir a los colegios para que desarrollen una estrategia de prevención exitosa y fundamentada en la investigación en la materia y analizar la evolución de los problemas de droga y violencia en los colegios.

- *Estrategias alternativas para reducir las suspensiones y expulsiones escolares y asegurar el progreso educacional en suspendidos y expulsados:* los fondos son entregados a distritos escolares y organizaciones sin fines de lucro para idear estrategias para evitar que los jóvenes interrumpen su proceso de educación.

### **C. Programa de Apoyo para Comunidades Libres de Droga**

Fue creado en 1997 mediante la Ley de Comunidades Libres de Droga. Su objetivo es proveer fondos, información y otros recursos para apoyar a las iniciativas locales de prevención de consumo juvenil de drogas ilegales, inhalantes, tabaco y alcohol en menores de edad.

El programa se fundamenta en el convencimiento de que la comunidad local, sus autoridades y sus líderes, son piezas claves en el desarrollo de una política exitosa de prevención.

La ONDCP supervisa administrativamente el programa y asegura que se condiga con la política general en materia de prevención. Es dirigido y guiado por la Comisión Consultiva para las Comunidades Libres de Droga, conformado por 11 expertos elegidos por el Presidente, que representan diversas entidades y sectores del país. La administración diaria y el control financiero están en manos de la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia del Departamento de Justicia. Además, el programa recibe apoyo técnico del Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias del Departamento de Salud, el cual ofrece información y base científica a los programas de prevención estatales y comunitarios. Por su parte, diversos centros de información (*clearinghouses*) proveen material gratuito o de bajo costo directamente a las comunidades. Por último, el Programa de Comunidades Libres de Droga es complementado por numerosas organizaciones del sector privado y agencia públicas que proporcionan información, investigación y cumplen una labor de comunicación.

Para optar a estos fondos, las instituciones aspirantes deben obtener un monto equivalente de fuentes no-federales y pueden postular al año siguiente a ellos en virtud de la cantidad de recursos obtenidos el período anterior. La intención del Congreso al respecto es sustentar sólo los programas que podrán autofinanciarse en el futuro. En el año 2000 se apoyaron 307 comunidades ubicadas en 49 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.

En el siguiente recuadro se describen algunos de los programas que obtuvieron financiamiento mediante el Programa de Apoyo a las Comunidades Libres de Droga, el año 2001.

### Recuadro N°3 Ejemplos de actividades desarrolladas con el financiamiento del Programa de Apoyo para las Comunidades Libres de Droga

- **Coalición para la Prevención San Benito, Tres Pinos, California (US\$ 100.000):**

La Coalición para la Prevención San Benito se formó en Agosto del año 2000, después de un año de discusión y reuniones de planificación en las que participaron todos los sectores de la comunidad del condado de San Benito en California. La coalición desarrolló una estrategia de varios años para reducir el uso de sustancias abusivas entre los jóvenes y, fomentar la colaboración y el diálogo entre los diversos actores participantes. La estrategia aspira a: (i) fomentar que los padres se involucren en la educación y desarrollo de sus hijos, con particular énfasis en la prevención del uso de drogas, (ii) alentar a la comunidad para que identifique y aborde los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los jóvenes desarrollen una adicción y, (iii) Promover la aplicación de programas de prevención temprana que fortalecen los factores protectores. Para el logro de estos objetivos, la coalición patrocinará actividades educativas para padres, programas de desarrollo de habilidades para la vida para jóvenes, campañas masivas, actividades para estudiantes, etc.

- **“Youth Futures Network”, Centro de Justicia Comunitario de Harlem, Ciudad de Nueva York, Nueva York (US\$ 99.959):**

El Centro de Justicia Comunitario de Harlem, en asociación con varias organizaciones comunitarias y otras agencias de justicia, desarrolló este programa de colaboración comunitaria que busca intervenir oportuna y comprensivamente en las vidas de los jóvenes en crisis. “Youth Futures Network” pretende: (i) generar una visión común para responder a los jóvenes en riesgo coordinando la oferta de tratamiento y asistencia para los adolescentes y sus familias, (ii) mejorar la capacidad de la comunidad para identificar a los jóvenes en riesgo mediante mecanismos de chequeo y evaluación más eficientes, (iii) conectar a los jóvenes y sus familias a una red robusta de servicios preventivos, de tratamiento, académicos, de desarrollo juvenil y familiar, etc., y (iv) fortalecer los factores protectores y el apoyo que le brinda la comunidad a los jóvenes de Harlem.

## D. Campaña Nacional Antidrogas para Jóvenes

En 1998, con el apoyo de demócratas y republicanos en el Congreso, la Oficina Nacional para la Política de Control de Drogas creó la Campaña Antidrogas para Jóvenes. Su objetivo es utilizar los medios de comunicación para educar a los adolescentes estadounidenses a rechazar las drogas ilegales; los mensajes que se transmiten buscan guiar su actitud y la de sus padres respecto del consumo y sus consecuencias.

Se parte de la base de que los medios de comunicación pueden desempeñar un papel crítico en campañas de salud pública por su capacidad de educar impartiendo información y influenciando el comportamiento. Lo anterior se confirma con el éxito obtenido por otras campañas masivas de prevención, como las realizadas para desincentivar el manejo bajo la influencia del alcohol o sin cinturón de seguridad. Se reconoce también que, para que una campaña de este tipo sea efectiva, ésta debe estar inserta en un plan integral de prevención.

Las metas específicas de la campaña son:

- Educar y posibilitar que los jóvenes rechacen las drogas ilegales, particularmente la marihuana y los inhalantes

- Convencer a los usuarios ocasionales que dejen de consumir drogas
- Fortalecer la percepción de los adultos respecto del daño asociado al uso de marihuana e inhalantes en adolescentes.
- Enfatizar a padres y otros adultos influyentes que sus acciones pueden hacer una diferencia crítica en la prevención del consumo juvenil de drogas

La campaña se orienta principalmente a la prevención primaria -evitar el consumo antes de que comience- por cuanto una campaña publicitaria tiene mayor potencial reafirmando las actitudes de quienes no han probado las drogas que en persuadir a los usuarios regulares a que abandonen el hábito. Se centra en las causas subyacentes del uso de drogas y, con el tiempo, aspira a reducir la demanda por tratamiento.

La transmisión de los mensajes se hace mediante diversos medios de comunicación como televisión, radio, Internet, prensa escrita y murales, de modo de llegar al público objetivo de manera continua y en todos los momentos de su vida cotidiana.

El material que se transmite se fundamenta en la investigación en este campo. Fue desarrollado en consulta con múltiples expertos en ciencias del comportamiento, salud, prevención de drogas, jóvenes, publicidad y comunicaciones, y con representantes del área profesional, cívica y de organizaciones comunitarias.

En el siguiente recuadro se presentan los principales mensajes de la campaña.

#### Recuadro N°4 Principales mensajes de la campaña

##### 1. Dirigidos a los jóvenes

- *La mayoría de las personas que tu admiras y respetas no usa drogas*
- *Drogarse tiene consecuencias negativas (daño a la salud, decepción de los padres, etc.)*
- *Mantenerse libre de drogas tiene consecuencias positivas (respeto de pares, crecimiento personal, etc.)*
- *Los jóvenes pueden aprender a tomar buenas decisiones y a resistir la presión negativa de los pares*

##### 2. Dirigidos a los padres u otros adultos influyentes

- *Todo joven está en riesgo de consumir drogas, incluso el tuyo*
- *Los padres desempeñan un papel fundamental respecto de si sus hijos abusan o no de la droga*
- *Existen habilidades simples que los padres pueden aprender para ayudar a sus hijos a evitar las drogas (poner y hacer cumplir las reglas, felicitar y recompensar buenas acciones, etc.)*
- *Se debe estar consciente de los efectos dañinos que provocan los inhalantes y la marihuana en la vida y futuro de los hijos.*

En Septiembre del año 2000 se dio un fuerte impulso a la campaña fomentando que los jóvenes mismos idearan los mensajes preventivos. Se utilizó el lema “¿Cuál es tu antidroga?” y se pidió a los adolescentes que hicieran llegar sus opiniones acerca de las personas, cosas o situaciones que son más importantes que las droga y que los ayudan a evitarlas. En noviembre de ese año se lanzó una campaña utilizando las respuestas recibidas. Como “antidroga” se mencionaron la familia, las metas propias, la educación, la música y los deportes.

Uno de los principales socios es la “Alianza para una América libre de droga” (*Partnership for a Drug Free America*), organización privada, sin fines de lucro y no partidista que agrupa a profesionales del área de las comunicaciones, cuya misión es reducir la demanda por drogas ilegales por parte de los jóvenes estadounidenses mediante una campaña de publicidad. En el Cuadro N°3 se presentan algunos afiches que han aparecido en la campaña, bajo ambos logos: el de la “Campaña nacional antidrogas para jóvenes” y el de la “Alianza para una América libre de droga”.

**Cuadro N°3 Afiches de la Campaña Nacional Antidrogas para Jóvenes**

The image displays two anti-drug posters. The left poster features a syringe with the text "¿CUAL ES TU ANTIDROGA?" at the top and "PATRONES DE VIDA" below it. The right poster shows two children's faces with a black and white striped bar over their eyes, with the text "PARA QUE TUS HIJOS NO METAN LA NARIZ DONDE NO DEBEN..." at the top and "...METE LA TUYA EN SUS VIDAS." at the bottom.

Fuente: [www.mediacampaign.org](http://www.mediacampaign.org)

## E. Otros programas

Los programas expuestos –prevención en colegios, acción comunitaria y campaña masiva para jóvenes- corresponden a las principales líneas de acción preventiva de la Estrategia de Control de Drogas estadounidense. Además de ellas, existen varios otros programas en esta área que abordan el problema en otros ámbitos (como las iniciativas en los lugares de trabajo) o que utilizan otros métodos para evitar la adicción (como los programas basados en las creencias religiosas). A continuación se exponen algunos de ellos, de acuerdo con los reportes del 2001 y 2002 de la Estrategia Nacional de Control de Drogas.

**a. Programa “Asociaciones de Padres” (*Parents Drug Corps Program*)**

Esta es una iniciativa reciente, presentada por el Presidente Bush en su campaña electoral. La idea es crear un fondo para entregar a entidades sin fines de lucro que se dediquen a la capacitación de padres respecto del problema de la droga y sobre cómo prevenir el abuso entre sus hijos. Con ello se pretende apoyar a los padres en su labor de ayudar a sus hijos a mantenerse libres de droga. Además, se promoverá la cooperación entre las diversas agrupaciones de padres y coaliciones antidroga comunitarias del país.

Los recursos son administrados por la Corporación para el Servicio Nacional y Comunitario (*Corporation for National and Community Service*) y correspondieron a cinco millones de dólares para el año 2000.

**b. Prevención en el lugar de trabajo**

En 1986 se dictó una orden ejecutiva que obligó a todas las ramas del gobierno federal a aplicar un programa integral de lugares de trabajo sin droga que incluyera (i) una clara política de no uso, (ii) educación para los empleados sobre los riesgos del uso de droga y las consecuencias laborales de ello, (iii) capacitación a los supervisores sobre sus responsabilidades al respecto, (iv) acceso a asistencia y tratamiento para empleados y (v) chequeos periódicos precisos y confiables, en línea con la política general. Como el mayor empleador del país, el gobierno federal ha sido pionero en los programas de este tipo y ha alentado a las empresas privadas a seguir su ejemplo. Varias agencias federales como el Departamento de Transporte, el Centro de Prevención de Abuso de Sustancias y el Departamento de Trabajo proveen asistencia a los empleadores privados para que desarrollen programas de este tipo en sus empresas.

Para fortalecer esta línea de acción, el año 1998 se dictó la Ley de Lugares de Trabajo Libres de Droga, que estableció un programa demostrativo que incluye un fondo para el desarrollo de este tipo de programas en empresas pequeñas. Se busca educar a los empleadores sobre las ventajas de los lugares de trabajo sin droga, enseñar a los padres que trabajan a prevenir el uso de drogas en sus hijos, alentar a empleados y empleadores a participar en los programas y, proveer fondos, asistencia técnica e incentivos financieros para que se desarrollen programas en las distintas empresas.

**c. Prevención y deportes**

Tres son las líneas de acción impulsadas por la ONDCP que involucran la actividad deportiva en la prevención del uso de drogas: utilizar a entrenadores y estrellas deportivas como voceros para transmitir mensajes de prevención a los jóvenes, fomentar el desarrollo de actividades que combinan deporte y educación y, fortalecer la estrategia antidoping.

**d. Prevención y fe**

La ONDCP ha respaldado algunos programas de comunidades religiosas donde se desarrollan iniciativas de prevención y tratamiento sustentadas en la fe y la religión.

Ello, por cuanto existen estudios que documentan el papel que puede desempeñar el desarrollo de la vida espiritual en la prevención del consumo de drogas y en la mantención de la sobriedad<sup>13</sup>. Por eso se reconoce que la comunidad de fe desempeña un papel vital en la formación de las personas, la construcción de valores sociales y el desarrollo de habilidades críticas para resistir la presión por experimentar con drogas.

## 4. Política de tratamiento para los adictos

Ofrecer tratamiento a todos los que lo necesiten es una de las tres prioridades nacionales que ha fijado la ONDCP. Específicamente, se ha propuesto “*curar a los usuarios de droga estadounidenses y focalizar los recursos para tratamiento donde se necesitan*”. El tratamiento y la prevención son las dos líneas de acción que se impulsan para abordar el problema de la droga desde la perspectiva de la reducción de demanda, las cuales, junto con los esfuerzos para reducir la oferta, configuran la Estrategia Nacional de Control de Drogas de Estados Unidos.

Es un hecho ampliamente reconocido que no todos los que prueban drogas llegan a un estado de abuso o dependencia, pero que quienes lo hacen suelen necesitar ayuda (tratamiento) para dejar el hábito.

Según la Encuesta Nacional Domiciliaria sobre Abuso de Drogas del país realizada el año 2000, se estima que existen alrededor de 2,8 millones de dependientes y cerca de 1,5 millones de consumidores abusivos en Estados Unidos<sup>14</sup>. Siguiendo los criterios del DSM-IV<sup>15</sup>, los dependientes tienen problemas de salud significativos, problemas emocionales, dificultad para dejar el hábito, desarrollan tolerancia y sufren de síndrome de privación en ausencia de la sustancia. El abuso de drogas es una categoría menos grave y se caracteriza por problemas en el colegio, en la casa y en el trabajo; conflicto con amigos y familiares; exposición voluntaria al peligro físico y problemas con el cumplimiento de la ley.

Ambos tipos de consumidores -dependientes y abusadores- generalmente tienen problemas para dejar las drogas sin un tratamiento adecuado. Con todo, la misma encuesta señaló que la inmensa mayoría de quienes son clasificados en estas categorías no piensan que necesitan tratamiento. De los que se estima que requieren tratamiento y no lo están recibiendo, menos del 10% reporta que *piensa* que necesita ayuda.

<sup>13</sup> CASA (National Center of Addiction and Substance Abuse at Columbia University), 2001. “So help me God: Substance Abuse, Religion and Spirituality”.

<sup>14</sup> Estos datos subestiman la realidad estadounidense al respecto, por cuanto la encuesta no cubre ciertos grupos de riesgo —como, por ejemplo, los que viven en las calles—, ni a las personas que están en ese momento sometidas a tratamiento residencial.

<sup>15</sup> El DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) publicado por la American Psychiatric Association en 1994, es la principal referencia de diagnóstico para los profesionales de la salud mental de Estados Unidos.

Según un informe del Departamento de Salud al Presidente con información del año 2000, se estimó que el 16,6% de quienes necesitaron tratamiento durante el año lo recibieron. Diferenciando según sexo, el 19% de las mujeres y el 15% de los hombres con problemas de droga fueron atendidos y, según edad, la cifra correspondió a 11,4% para los jóvenes entre 12 y 17 años, 8,6% para los jóvenes entre 18 y 25 y, 26,3% para los mayores de 26 años<sup>16</sup>.

Para la autoridad federal, dar tratamiento a todos los que lo necesiten es una política eficiente desde la perspectiva social y de salud pública, además de moralmente correcto. Es rentable socialmente por cuanto se estima que los costos del tratamiento son muy inferiores a los beneficios que se obtienen de él (o más bien, a los costos -de seguridad social, salud pública, delincuencia, etc.- que se evitan). Aunque es más barato prevenir que tratar, cuando alguien ya ha desarrollado la dependencia es más barato tratarlo que no hacerlo.

La dependencia es entendida como un proceso complejo muy similar a una enfermedad crónica como la diabetes o la hipertensión. Como ellas, es una condición tratable, pero muchas veces se requiere de más de una oportunidad para lograrlo.

La oferta de tipos de tratamiento es variada; existen programas de suministro de medicamentos, tratamientos conductuales, comunidades terapéuticas, grupos de apoyo como Narcóticos Anónimos, etc. Con todo, aunque la metodología es múltiple, el fin perseguido es siempre el mismo: lograr la abstinencia y una vida libre de drogas<sup>17</sup>.

Como se señaló, la ONDCP se ha propuesto como meta dar tratamiento a todos los que lo necesiten, más allá del convencimiento personal de esas personas respecto de su necesidad de ayuda. Al respecto, se insta a aplicar una “*coacción compasiva*”, entendiéndose por ello, la presión no violenta para incentivar a quienes lo necesitan a buscar ayuda. Por eso, además de proveer una oferta suficiente, es necesario identificar a esas personas e incentivarlas para que se sometan a algún tipo de tratamiento. Uno de los principales vehículos para lograrlo es el sistema judicial-penal, por cuanto es un hecho sólidamente avalado en las estadísticas que un número importante de quienes entran en conflicto con la justicia está involucrado de algún modo en el consumo o tráfico de drogas.

También se insta a utilizar los lugares de trabajo como lugar de detección de los problemas porque -independiente de lo anterior- la gran mayoría de quienes usan drogas trabaja como forma de ganarse la vida. De todos modos, este medio es poco utilizado; al año 2001 sólo un 1% de quienes se sometieron a tratamiento fue referido por su empleador.

<sup>16</sup> Fuente: US Department of Health and Human Services, Closing the Drug Abuse Treatment Gap: A Report to the President of the United States, septiembre 2001.

<sup>17</sup> El “*second best*”, o segunda mejor solución, es lograr una reducción sustantiva del uso. Si se parte de considerar que las personas ya están consumiendo drogas, en la medida en que se logre reducir o eliminar el consumo, la calidad de vida de la persona mejorará.

En el Cuadro N°4 se presenta la distribución de las admisiones a tratamiento según la fuente de referencia.

**Cuadro N°4 Admisiones a tratamiento, según fuente de referencia**

Fuente de referencia	%
Individual	38%
Sistema de justicia criminal	33%
Oferentes de tratamiento de droga	11%
Referencia comunitaria	10%
Sistema de salud	6%
Empleador	1%
Colegio	1%
Total	100%

Nota: Individual incluye la referencia personal, de un familiar o de un amigo.

Fuente: Treatment Episode Data Set (2001); extraído de National Drug Control Strategy, Annual Report 2002

A continuación se exponen algunos de los principales programas de la línea de asistencia de adictos de la Estrategia Nacional de Control de Drogas de Estados Unidos, separados en dos secciones: los destinados a la población general y los destinados a la población en conflicto con la justicia. Al igual que los programas nacionales de la línea preventiva, los programas de tratamiento también se materializan mediante un fondo que se reparte a las agencias locales que trabajan en el ámbito para que desarrollen iniciativas dentro de los términos de referencia planteados por el nivel central.

## A. Tratamiento para la población general

### a. Fondo para Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias (“*Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant*”)

Este fondo de subvención es la piedra angular de los programas de prevención y tratamiento del país y da cuenta de cerca del 40% de los recursos públicos gastados en este ámbito. El monto asignado cada año al programa es distribuido entre los estados, territorios y el Distrito de Columbia según una fórmula determinada por el Congreso. El objeto del programa es subvencionar las actividades preventivas y de tratamiento en todo el país, las cuales deben ser desarrolladas por cada comunidad en virtud de su realidad, necesidades y recursos propios.

El programa es gestionado por los Centros de Prevención y Tratamiento del SAMHSA, Agencia del Departamento de Salud de Estados Unidos que administra los servicios relacionados con abuso de sustancia y salud mental. Cada año, los estados y territorios deben enviar al gobierno federal un informe anual indicando en qué se utilizaron los

fondos del año anterior y en qué pretenden gastar los del período venidero. De aquél reciben apoyo y asistencia técnica.

El Fondo para la Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancia correspondió a 1.600 millones de dólares el año fiscal 2000 y a un estimado de 1.665 millones de dólares para el año fiscal 2001.

**b. Programa “Expansión Dirigida de la Capacidad”  
 (“*Targeted Capacity Expansion Program*”)**

Los datos disponibles señalan que existe una brecha significativa entre la demanda por tratamiento y la oferta disponible, por lo que la autoridad se ha comprometido a aumentar la disponibilidad. Sin embargo, no basta con un incremento parejo en la oferta porque los patrones de consumo y necesidades varían de comunidad en comunidad.

Debido a que el Fondo para Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias se asigna para financiar líneas de acción nacionales, generalmente no es capaz de satisfacer necesidades no previstas o emergentes de las comunidades locales. Para llenar este vacío el año fiscal 1998 se creó el programa Expansión Dirigida de Capacidad, administrado también por el SAMHSA, cuyo objetivo es crear o expandir la capacidad de la comunidad para proveer una respuesta integral a una necesidad local específica de tratamiento. Se apoyan iniciativas que incorporan en el diseño de la modalidad de tratamiento las variables de género, raza, culturales, orientaciones sexuales y otras, a fin de proveer asistencia adecuada a las personas con problemas de abuso de droga en el sector.

La asignación para el año 2000 fue de 114 millones de dólares y para el año 2001 un estimado de 144 millones de dólares.

**B. Tratamiento para la población en conflicto con la justicia**

**a. Programa Cortes de Droga**

Las Cortes de Droga son un programa de la Oficina de Programas de Justicia del Departamento de Justicia de Estados Unidos, entidad que -además de administrar el fondo para el programa- provee asistencia financiera, apoyo técnico y liderazgo en la materia. La iniciativa surgió el año 1989 en algunas localidades del país, como respuesta al impacto en el sistema judicial y penal que tuvo la masificación del *crack* a mediados de los años ochenta. En un esfuerzo por reprimir el tráfico callejero y la violencia asociada a esta forma de cocaína, aumentaron los arrestos y detenciones relacionados con droga, se incrementaron las penas aplicables a este tipo de delitos y -como el sistema no ofrecía ningún tipo de tratamiento- la alta reincidencia hizo colapsar el sistema.

Para enfrentar el problema, estas comunidades comenzaron a incorporar elementos de tratamiento y sistemas de incentivo para abordar el problema de fondo de los procesados que era la adicción. El año 1994, mediante la Ley del Crimen, el Congreso autorizó al Ministerio Público para que dispusiera de fondos para la creación de Cortes de Droga.

Posteriormente, se traspasó la responsabilidad a la Oficina de Programas Judiciales que hoy en día administra el programa.

Por medio de este programa, se entregan recursos a las jurisdicciones para que desarrollen, implementen y perfeccionen cortes específicas para lidiar con personas con problemas de droga.

Las Cortes de Droga utilizan el poder coercitivo del sistema judicial para reducir del consumo y romper el vínculo con la delincuencia, mediante el sometimiento a un programa integral de tratamiento de los infractores de la ley. El programa incluye supervisión judicial, chequeos de consumo y tratamiento. A los acusados que completan el programa se les desestiman sus cargos (en un modelo pre-sentencial) o se les reduce la duración de la pena de libertad vigilada (en un modelo post-sentencial).

En noviembre de 1997 el Departamento de Justicia difundió un estudio conducido por el Centro de Información sobre Cortes de Droga (*Drug Court Clearinghouse*) y realizado por la Universidad Americana (*The American University*) que demostró los significativos progresos obtenidos por las Cortes de Droga en cuanto a lograr reducir el consumo de drogas y la reincidencia. La tasa de reincidencia entre los participantes del programa se ubicaron entre el 5% y el 28%<sup>18</sup>.

Al 31 de octubre del año 2000 habían 593 Cortes de Droga, incluyendo cortes para adultos, juveniles, familiares y de minorías étnicas.

#### **b. Programa de Tratamiento Residencial de Abuso de Sustancias para Prisioneros Estatales (RSAT, por su sigla en inglés)**

El RSAT asiste a los estados y gobiernos locales en el desarrollo e implementación de programas de tratamiento residencial por uso de sustancias abusivas en los centros de reclusión locales y estatales y, recintos de detención en los que las personas están recluidas por un tiempo suficiente para permitir una intervención de este tipo.

El programa fue creado en 1994 y lo ejecuta la Oficina de Programas Correccionales (CPO, por su sigla en inglés) de la Oficina de Programas de Justicia, que es parte del Departamento de Justicia de Estados Unidos.

El RSAT cuenta con un fondo -que el año 2002 ascendió a 70 millones de dólares-, que se asigna a los estados y gobiernos locales para que desarrollen las modalidades de tratamientos, las cuales deben cumplir con ciertos requisitos: (i) tener una duración de entre 6 meses y un año, (ii) ser provistos en lugares aislados del resto de la población recluida, (iii) centrarse en el problema de abuso de drogas del recluso y (iv) desarrollar

<sup>18</sup> Fuente: The American University's Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, 1997. "Summary Assessment of the Drug Court Experience".

las habilidades del participante para superar su adicción y los problemas relacionados, entre las que destacan las capacidades sociales, conductuales y cognitivas. Además, se deben realizar chequeos de consumo periódicos como parte del programa. Los programas que incorporan apoyo a los ex-participantes reciben prioridad y se exige que se haga un trabajo conjunto con agencias que ofrecen atención de adictos a la población general de modo de poder derivar a los participantes, una vez concluido el programa en el centro de reclusión.

Las autoridades estatales de los centros correccionales deben enviar a la CPO informes anuales dando cuenta de las actividades realizadas y los resultados obtenidos, según chequeos de consumo y estudios respecto de la reincidencia de los egresados del programa.

## 5. Política de control

El objetivo final de la Estrategia es disminuir el consumo de drogas ilegales, es decir, reducir la demanda. Sin embargo, es un hecho innegable que oferta y demanda en cualquier mercado interactúan de forma tal que un movimiento en una, repercute en la otra. Es por ello que la tercera prioridad nacional de la Estrategia es “*desarticular el mercado de la droga*” -atacar la oferta- lo que en el extremo haría imposible el consumo de drogas en el país.

Es evidente que la disponibilidad de droga es una condición necesaria para que haya consumo. Pero la disponibilidad es un término relativo y lo que realmente importa es la cantidad disponible a cierto precio. Lo anterior es válido para la mayoría de los mercados entre los que se incluye el de la droga, aún cuando hay una adicción de por medio. Es lo que piensa al respecto la ONDCP, que visualiza al consumidor, incluso al dependiente, como un agente racional que considera la variable precio al momento de determinar la cantidad que consume. Ciertos episodios históricos e investigaciones avalan lo anterior. Un caso muy citado es lo ocurrido con los soldados estadounidenses en Vietnam. En el sudeste asiático había bastante oferta de heroína potente y barata, por lo que muchos comenzaron a consumirla; sin embargo, al regresar a Estados Unidos, donde la droga era cara, menos pura y difícil de obtener, la gran mayoría dejó de usarla sin más. Sin perjuicio de otros elementos explicativos, es claro que las variables de oferta desempeñaron un papel importante en este episodio. También hay trabajos de investigación que han buscado demostrar empíricamente esta relación. Entre ellos, cabe citar el artículo “*Marihuana and Youth*” realizado bajo el auspicio de *Robert Wood Johnson Foundation* que concluye que los cambios en el precio de la marihuana contribuyeron significativamente en la evolución del consumo juvenil de ella entre 1982 y 1988<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Pacula, R.L., Grossman, M., Chaloupka, F.J., O'Malley, P., Johnston, L.D., & Farrelly, M. (2001). *Marijuana And Youth Economic Analysis of Risky Behavior among Youths*, pgs. 271-326. Chicago, IL: University Of Chicago Press. Citado en ONDCP National Drug Control Strategy, Annual Report 2002.

En este contexto, la política de control estadounidense tiene como objetivo la desarticulación del mercado de droga principalmente dentro del país pero también en otros países, atacando la base económica de su comercio.

Para lograr reducir la disponibilidad de droga en las calles del país, se ataca el mercado en todos sus niveles, desde la producción en el país de origen hasta el microtráfico en los barrios y ciudades de Estados Unidos. Esta acción se puede dividir en dos según el lugar físico en la cual se aplica: en los países productores de droga, como la región de los Andes y el Sudeste Asiático, y dentro de Estados Unidos, lo que incluye el fortalecimiento de las fronteras y las acciones destinadas a reducir el comercio interno.

### **A. En los países de origen**

Una parte importante de la droga que se consume en Estados Unidos se produce en otros países y es comercializada por bandas criminales internacionales, tanto en Norteamérica como en otros lugares. Por eso, para reducir la disponibilidad doméstica, se trabaja con los países productores para desarticular las bandas y eliminar las fuentes de abastecimiento.

En la actualidad se trabaja en la región de Los Andes, en el Caribe, en la frontera con México y en algunos países del Asia Central como Afganistán, principal productor de Opio.

Uno de los principales programas de trabajo conjunto de Estados Unidos con otros estados es la **Iniciativa Andina Contra las Drogas**, mediante el cual Estados Unidos asiste técnica y financieramente a los gobiernos de la región en su lucha contra el narcotráfico. Ello, por cuanto en esa zona se produce una fracción importante de la droga que se consume en el país. La coca (base para la cocaína) se produce comercialmente sólo en la región de Los Andes y gran parte de la heroína que se comercia en Estados Unidos se produce también allí.

La administración ha pedido US\$731 millones para el año fiscal 2003 para el desarrollo de este programa que será aplicado en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela. La mitad de los recursos se dedicará a esfuerzos de erradicación y destrucción de cultivos; el resto se destinará al desarrollo de cultivos alternativos y programas de fortalecimiento institucional, como son las reformas al sistema judicial o los planes anticorrupción. Regionalmente, cerca de la mitad de los recursos se destinará a respaldar acciones que se llevan a cabo en Colombia y la mitad restante se utilizará para apoyar a sus países vecinos.

### **B. Dentro del país**

Además del trabajo conjunto con los países productores de drogas, hay muchas iniciativas, -la mayoría, por cierto- que se realizan en Estados Unidos y en sus fronteras.

El control en las fronteras y puntos de entrada al país tiene como objetivo interceptar los cargamentos de droga que llegan desde diversas partes del mundo para satisfacer la demanda interna y dismantelar las organizaciones criminales que se dedican a la inter-nación de droga. Los enormes volúmenes de movimiento dificultan el trabajo de las agencias responsables de esta labor<sup>20</sup>.

El Servicio de Aduana de Estados Unidos tiene la primera responsabilidad en cuanto a asegurar que toda la carga y los bienes que pasan por los puntos de la entrada del país cumpla con las leyes federales y, por lo mismo, lidera la prevención del tráfico de drogas mediante los aeropuertos, puertos navales y pasos terrestres. Durante los últimos años, la Aduana ha adquirido nueva tecnología para hacer más efectivo su trabajo, dentro de la cual cabe destacar la incorporación de sistemas no intrusivos de inspección.

La Guardia Costera es la principal agencia federal encargada de las incautaciones de droga que entran por vía marítima y comparte la responsabilidad con el Servicio de Aduana en relación con los cargamentos aéreos.

La principal puerta de entrada de droga hacia Estados Unidos es la frontera con México; más de la mitad de la cocaína y grandes cantidades de heroína, marihuana y metanfetamina entran mediante el límite sudoeste. Para reprimir el tráfico en la zona, trabajan cinco departamentos del país que tienen responsabilidades distintas en lo referente al comercio ilegal de droga. Éstos son: el Departamento del Tesoro, de Justicia, de Transporte, de Estado y de Defensa. Estas agencias han colaborado en diferentes áreas del control, entre las que destacan la represión del lavado de dinero y el fortalecimiento del trabajo conjunto con el Gobierno de México.

Además del trabajo en las fronteras, la represión del tráfico de droga también se desarrolla en el interior del país, para lo cual se coordinan los esfuerzos de las agencias federales, estatales y locales.

A continuación se exponen dos de los principales programas de control, cuyo propósito es dismantelar las organizaciones criminales que transportan y distribuyen la mercancía mediante el territorio nacional.

#### **a. *Organized Crime Drug Enforcement Task Force (OCDETF)***

Es un programa del gobierno federal que funciona desde 1982 bajo la supervisión del Ministro de Justicia (*Attorney General*). Su misión es dismantelar las principales organizaciones criminales de tráfico de drogas. En la actualidad existe una estructura nacional que agrupa a estos equipos de trabajo -incluyendo fiscales y agentes de las diversas agencias de seguridad- en 9 regiones.

<sup>20</sup> Estados Unidos tiene 9.600 millas de frontera terrestre y marítima. Durante año fiscal 2000 entraron al país más de 80 millones de pasajeros y tripulación en aviones comerciales y privados; cerca de 11 millones entraron en navíos y 397 millones mediante los límites terrestres. Las personas entraron a Norteamérica en 211.000 barcos, 271.000 aviones y, 139 millones de camiones, trenes, buses y autos; la carga arribó al país en 52 millones de containers.

**b. Programa “Áreas de Alta Intensidad de Tráfico de Droga”  
(High Intensity Drug Trafficking Areas, HIDTA)**

La misión del programa HIDTA es reforzar y coordinar el esfuerzo nacional en material de control de drogas en sus tres niveles: local, estatal y federal. Mediante el trabajo conjunto de las diversas agencias de seguridad se busca reducir el tráfico de droga y sus nocivas consecuencias en determinadas regiones críticas del país. En cada área se realiza una investigación para determinar los problemas concretos de la zona, se desarrolla una estrategia para enfrentar la amenaza y se diseñan planes e iniciativas para implementar la estrategia.

En 1988, el Congreso aprobó la creación del programa HIDTA y su operación bajo la dirección de la Oficina de la Política Nacional de Control de Droga (ONDCP). Mediante este programa se asignan recursos federales a determinadas áreas geográficas para optimizar la respuesta que están entregando las agencias de seguridad federales, estatales y locales al problema del narcotráfico.

Actualmente existen 33 áreas de alta intensidad de tráfico de droga, las cuales se señalan en el mapa que aparece a continuación



Nota: La fuente no especifica distinción entre localidades señaladas con círculos y con rombos.  
Fuente: [www.hidta.org/locations.asp](http://www.hidta.org/locations.asp)

Estas zonas son designadas por el Director de la ONDCP en consulta con varias autoridades, siguiendo los criterios que se señalan a continuación: (i) el área es centro de producción, importación o distribución de droga, (ii) las agencias de seguridad locales y estatales han comprometido recursos para enfrentar el problema, demostrando una determinación a actuar enérgicamente, (iii) las actividades relacionadas con la droga en la zona están teniendo un impacto negativo en otras áreas del país y, (iv) se necesita un

aumento significativo de los recursos federales asignados para responder adecuadamente al tráfico de droga en la zona.

El programa establece Centros de Investigación (*Investigative Support Centers*) en las áreas designadas cuyo propósito es servir como infraestructura de comunicación para facilitar el intercambio de información entre las agencias de seguridad de los tres niveles que operan en cada zona. Los centros son administrados por una agencia local o estatal y una federal, y son la pieza clave del programa, ya que, mediante el intercambio de información, proveen una base para el desarrollo de la estrategia y la acción conjunta de las entidades de seguridad.

Los resultados de éstos y otros programas de control, además del trabajo continuo de las agencias policiales y del sistema judicial penal en la represión del comercio y posesión de drogas ilegales, se manifiestan en las estadísticas que a continuación se presentan. En el siguiente Cuadro se presenta la evolución de las incautaciones de las principales drogas consumidas en Estados Unidos, según la información recopilada por la DEA.

**Cuadro N°5** Incautaciones de algunas drogas en kilos (1989 – 2001)

Año	Cocaína	Heroína	Metanfetamina	Cannabis	
				Marihuana	Hachís
1989	114.903	1.311	-	393.276	23.043
1990	96.085	687	-	233.478	7.683
1991	128.247	1.448	-	224.603	79.110
1992	120.175	1.251	-	344.899	111
1993	121.215	1.502	7	409.922	11.396
1994	129.378	1.285	178	474.856	561
1995	111.031	1.543	369	627.776	14.470
1996	128.555	1.362	136	638.863	37.851
1997	101.495	1.624	1.099	698.799	756
1998	132.063	1.151	2.779	1.092.604	797
1999	103.975	1.605	3.341	1.234.853	10.878
2000	56.004	581	1.756	645.693	-
2001*	86.620	1.660	1.941	1.057.456	135

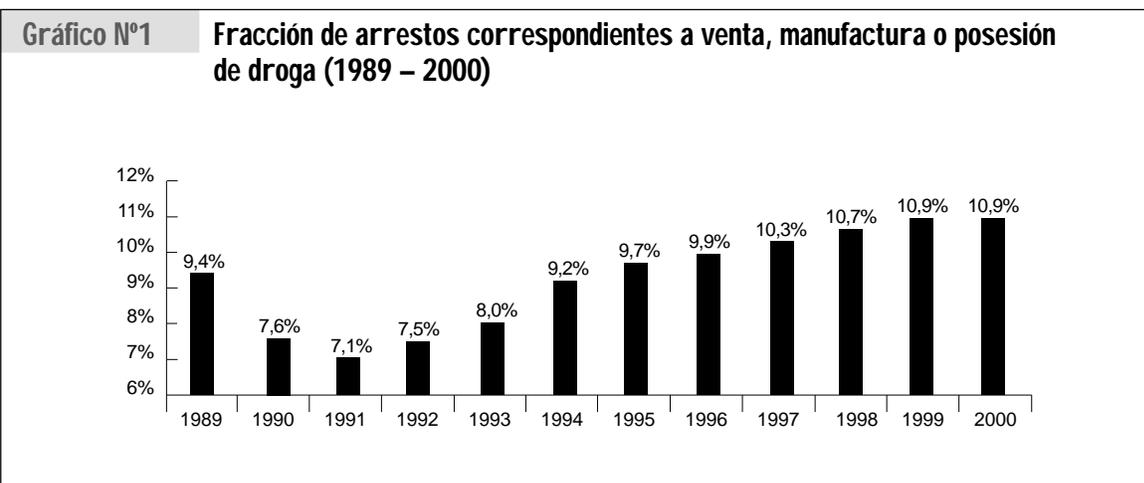
"-"Dato no disponible

\* Datos para el 2001 incluyen sólo desde enero hasta septiembre

Fuente: Federal-wide Drug Seizure System, Drug Enforcement Administration, 1989 - 2001

Entre 1989 y 1999, las incautaciones de cocaína variaron entre un mínimo de 96.085 kilos y un máximo de 132.063 mientras que el año 2000 fueron de 56.004; las incautaciones de heroína fueron bajas en 1990 y 2000 mientras que el resto de los años se mantuvieron por sobre los 1.000 kilos; las incautaciones de metanfetaminas aumentaron hasta 1999 y descendieron el 2000 de igual forma que las de las otras drogas. Por último, la cantidad de marihuana incautada es muy superior a las de las otras drogas en todos los años registrados y muestra una tendencia al alza hasta 1999.

Por otra parte, una de las formas de atacar la venta y posesión de drogas ilegales es mediante la represión policial, la cual se ve reflejada en los arrestos. Al respecto, más del 10% de los arrestos en Estados Unidos corresponden a infracciones relacionadas con droga: manufactura, venta y posesión. Este porcentaje ha ido aumentando sostenidamente durante la década de los años noventa (ver Gráfico N°1)

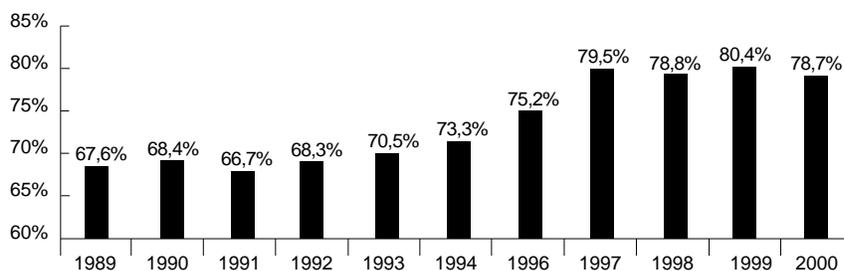


Fuente: Federal Bureau of Investigation, U.S. Department of Justice, Crime in the United States: Uniform Crime Reports, 1990 – 2001.

Al distinguir según si el motivo fue la venta/manufactura de alguna sustancia ilegal o la posesión de ella, se observa que alrededor de 4 de cada 5 aprehendidos fueron detenidos por la posesión de alguna sustancia ilícita, la que en la mitad de los casos es marihuana según información adicional no expuesta aquí<sup>21</sup> (Ver Gráfico N°2).

<sup>21</sup> Ver ONDCP, National Drug Control Strategy, Annual Report 2002, pg. 75.

**Gráfico N°2** Fracción de los arrestos por posesión sobre el total de arrestos por droga (1989 – 2000)



Nota: el porcentaje restante corresponde a venta o manufactura

Fuente: Federal Bureau of Investigation, U.S. Department of Justice, Crime in the United States: Uniform Crime Reports, 1990 – 2001.

Por otra parte, del total de personas sometidas a reclusión en cárceles estatales o federales, aproximadamente 1 de cada 4 está privado de libertad por un delito relacionado con droga, según muestra el Cuadro N°6. Este dato ha variado entre 21,5% en 1989 y 25,9% en 1996 sin que muestre una evolución clara.

**Cuadro N°6** Adultos infractores reclusos en prisiones federales y estatales: total y relacionado con droga (1989 – 1999)

Año	Total infractores Número	Infractores ley de droga	
		Número	%
1989	683.382	147.000	21,5%
1990	743.382	180.000	24,2%
1991	792.535	190.900	24,1%
1992	850.566	214.500	25,2%
1993	909.381	230.900	25,4%
1994	990.147	254.300	25,7%
1995	1.078.542	278.100	25,8%
1996	1.127.528	291.500	25,9%
1997	1.176.922	281.400	23,9%
1998	1.232.900	316.200	25,6%
1999	1.366.369	336.400	24,6%

Fuente: Bureau of Justice Statistics, varios informes. Citado en ONDCP, National Drug Control Strategy, Annual Report 2002, pg. 76.

## 6. Aspectos internacionales

Al igual que en la mayoría de los países, en Estados Unidos se reconoce el carácter global del problema de las drogas y, con ello, la imposibilidad de abordar esta situación de manera exitosa con esfuerzos individuales que no consideren la participación de otros países. Por este motivo, se participa en iniciativas internacionales que favorecen el combate conjunto contra el comercio ilegal de drogas.

Entre los objetivos de la estrategia nacional de control de drogas, se encuentra la reducción de los volúmenes de estupefacientes que pasan mediante los países de tránsito (desde los países productores hacia los Estados Unidos). Para ello, se participa de esfuerzos multilaterales desarrollados en el Caribe, Centro América, Europa y Asia que buscan maximizar la presión sobre los traficantes de drogas.

Adicionalmente, Estados Unidos, en su esfuerzo por apoyar la colaboración multilateral, respalda numerosos esfuerzos internacionales contra el tráfico de drogas coordinados por las Naciones Unidas, la Unión Europea y la Organización de Estados Americanos. Además, ha sido participe de la gestación de una alianza hemisférica contra el tráfico de drogas, en la que se reúna a todos los países occidentales.

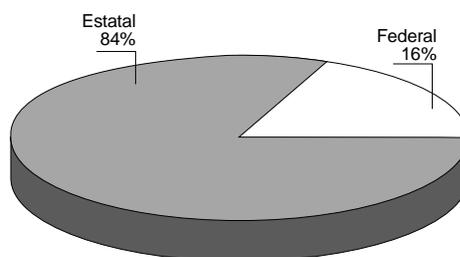
Como se expuso en la sección de políticas de control, en este país también existe especial preocupación por la reducción de la oferta de drogas en la fuente de origen de las drogas que llegan a Estados Unidos. Para ello se trabaja sobre la base de acuerdos bilaterales con los países productores, es decir, en la cadena andina para cocaína, en México para metanfetamina y marihuana, y en Asia central y suroriental para heroína. Cuando no cuenta con acceso a estas regiones producto de dificultades políticas, se limita a apoyar los esfuerzos internacionales por disminuir las transacciones ilícitas.

También existe interés por el trabajo en conjunto con los países limítrofes. En el caso de Canadá, se desarrollan conjuntamente operativos de inteligencia, investigaciones, incautaciones y capacitación, entre otros. La frontera con México, que es la principal fuente de entrada de drogas provenientes de Latinoamérica, también recibe especial atención por ser considerada como una zona de alta intensidad de tráfico.

## VI. PRESUPUESTO

Anualmente, el gobierno estadounidense gasta más de 93 billones<sup>22</sup> de dólares para enfrentar el problema de las drogas tanto dentro de sus fronteras como fuera de ellas. El monto se explica principalmente por el gasto de los estados, el cual da cuenta de cerca del 84%, correspondiendo el 16% restante al nivel federal (ver gráfico N°3).

**Gráfico N°3<sup>23</sup> Composición del gasto público por droga (1998)**



Fuente: Elaboración propia a partir de ONDCP (2002), "National Drug Control Strategy, FY2003 Budget Summary" y CASA (2001), "Shoveling Up: The Impact of Substance Abuse on State Budgets"

El presupuesto del gobierno federal en materia de drogas se condice con la Estrategia Nacional de Control de Drogas impulsada mediante la ONDCP y es la medida objetiva de las prioridades que la autoridad ha definido. Por ello, aunque en relación con gasto estatal es bastante bajo, es importante revisar cómo ha evolucionado y cómo se compone.

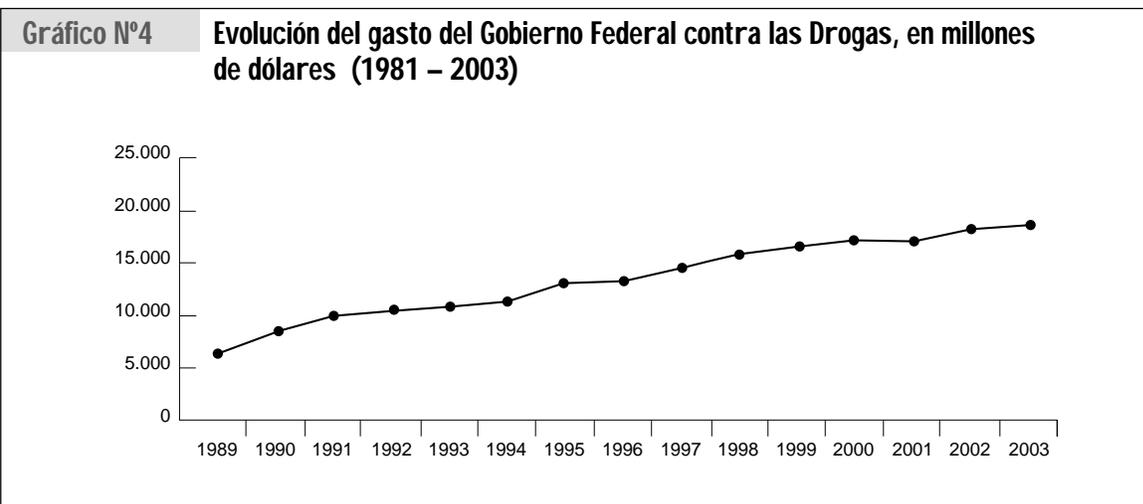
<sup>22</sup> Miles de millones.

<sup>23</sup> La cifra corresponde al año 1998, año del cual se tienen cifras agregadas del gasto estatal.

## 1. Presupuesto federal

El presupuesto federal para enfrentar el problema de las drogas ha evolucionado sistemáticamente al alza desde 1981, primer año del que se tienen cifras. Mientras en ese año el gasto fue de cerca de 1,5 billones, en 2001 se gastaron 18 billones y para 2003 el Presidente ha pedido más de 19 billones para materializar la Estrategia<sup>24</sup>. Entre 1981 y 2003 el gasto federal en materia de drogas se multiplicó por 13. Por su parte, el gasto fiscal total durante el mismo período aumentó desde 678 billones de dólares en 1981 a 1.963 billones de dólares estimados para 2003, es decir, casi se triplicó. Esto implica que el gasto federal en drogas aumentó no sólo en términos absolutos, sino que también en relación con presupuesto del gobierno federal total.

En el Gráfico N°4 es posible visualizar esta tendencia.



Nota: Hasta el año 1999 corresponde al monto efectivo, 2000 y 2001 al monto final autorizado, 2002 al promulgado y 2003 al requerido.  
Fuente: ONDCP, "Summary FY: 2002 National Drug Control Budget", April 2001 y "National Drug Control Strategy FY 2003 Budget Summary".

<sup>24</sup> El año 2002 se hizo una propuesta para reestructurar el presupuesto de la Estrategia de Control de Drogas, según recomendaciones de analistas independientes especialmente comisionados para ello por la ONDCP y revisiones del Inspector General. El principal objetivo de esta modificación será distinguir entre lo que se gasta como parte de la estrategia y lo que es consecuencia del uso de drogas. El cambio metodológico propuesto reducirá el presupuesto en varios billones. Por ejemplo, el monto requerido para el año 2003 con la metodología actual es de 19,179 billones y con la nueva se reduce a 11,389 billones. En el presente documento se utilizan sólo cifras calculadas con la metodología actual.

Este presupuesto corresponde a la fracción que destinan a programas relacionados con las drogas diversos departamentos del gobierno federal, entre los que se incluyen el Departamento de Educación, de Salud, de Defensa, de Estado, de Transporte, del Tesoro, de Asuntos de los Veteranos y de Justicia. Este último da cuenta de más de la mitad del presupuesto. Asimismo, incorpora el gasto de la propia ONDCP, que representa alrededor del 3% del total, según muestra el siguiente cuadro.

<b>Cuadro N°7</b>			<b>Composición del gasto del Gobierno Federal por Droga, según departamento (2001)</b>		
<b>Departamento</b>	<b>Millones de dólares</b>	<b>%</b>			
Defensa	1.150,3	6%			
Educación	634,1	4%			
Salud	3.389,9	19%			
Justicia	8.074,1	45%			
ONDCP	502,1	3%			
Estado	289,8	2%			
Transporte	795,8	4%			
Tesoro	1.262,0	7%			
Asuntos de Veteranos	680,9	4%			
Otros	1.316,6	7%			
Total	18.095,6	100%			

Fuente: ONDCP, National Drug Control Strategy, FY2003 Budget Summary, Casa Blanca, febrero 2002.

También es posible desagregar el presupuesto según las funciones que cumple, las cuales se pueden agrupar en dos grandes categorías: reducción de demanda y reducción de oferta. La primera incorpora el financiamiento federal de todas aquellas iniciativas que pretenden disminuir la cantidad de usuarios de drogas ilegales, principalmente prevención y tratamiento. Los programas de reducción de oferta son los que apuntan a desarticular el mercado de la droga tanto en los países de origen, como en las fronteras y en ellas. La destrucción de cultivos, el gasto de ajuar y el presupuesto para procesar y condenar a los traficantes se incluyen en esta categoría.

En el Cuadro N°8 se presenta la composición del gasto federal en la política de droga, según funciones.

**Cuadro N°8** Composición del gasto federal en la política de drogas, según funciones (2001)

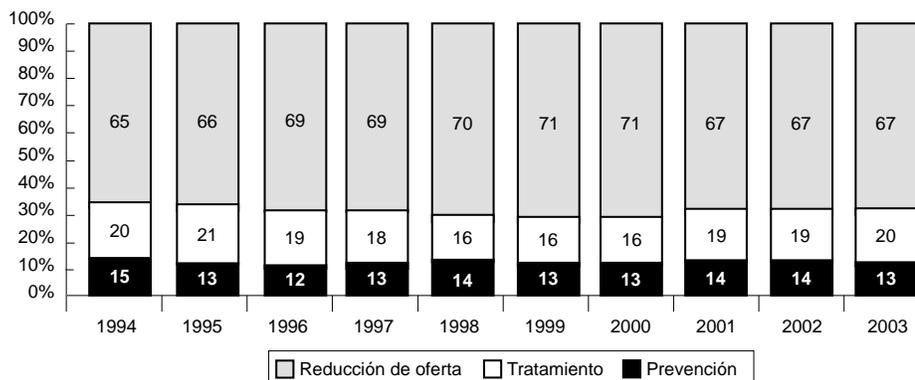
Función	Millones de dólares	%
<b>Disminución demanda</b>	5.913,7	33%
Tratamiento*	3.335,0	19%
Prevención*	2.578,7	14%
<b>Disminución oferta</b>	12.181,9	67%
Aplicación doméstica de la ley	9.463,8	52%
Interdicción	2.054,9	11%
Internacional	663,2	4%
<b>Total</b>	<b>18.095,6</b>	<b>100%</b>

\* Incluye investigación en el área  
 Fuente: ONDCP, National Drug Control Strategy, FY2003 Budget Summary.

Dos de cada tres dólares invertidos en la Estrategia de drogas se utilizan en programas para la reducción de la disponibilidad de drogas. El dólar restante se gasta en iniciativas orientadas a los consumidores.

De los datos presentados se desprende que el financiamiento de las tres prioridades nacionales propuestas por el Presidente es, aproximadamente, así: 14% para la primera: “Detener el consumo antes de que empiece”, 19% para la segunda: “Sanar a los usuarios de droga estadounidenses” y 67% para la tercera: “Desarticular el mercado de la droga”. En el Gráfico N°5 se muestra cómo ha evolucionado esta composición en el tiempo.

**Gráfico N°5** Evolución de la composición del presupuesto en prevención, tratamiento y reducción de oferta (1994 – 2003)



Fuente: ONDCP, National Drug Control Strategy, FY2003 Budget Summary

El gasto en prevención ha oscilado entre 12% y 15% del presupuesto, y el desembolso en tratamiento, entre 16% y 20%, por lo que las iniciativas de reducción de demanda han dado cuenta de entre 29% y 35% del total. Por su parte, el gasto en reducción de oferta ha fluctuado entre 65% y 71%. Se observa que entre 1994 y el año 2000 hubo un aumento moderado aunque progresivo en la fracción destinada a desarticular los mercados, lo que se revierte en el año 2001, para mantenerse estable en los requerimientos para los años venideros.

## 2. Presupuesto Estatal

Por su parte, los estados también gastan una parte importante de su presupuesto en el combate contra las drogas. De hecho, la mayor parte del gasto público es estatal y no federal.

El año 2001 el Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias (CASA, por su sigla en inglés) de la Universidad de Columbia publicó un estudio inédito sobre el costo estatal relacionado con las drogas. Los resultados indicaron que el año 1998<sup>25</sup> los estados gastaron cerca de 81.000 millones de dólares en combatir las drogas. El monto corresponde a 13,1% de su presupuesto general, que para ese año fue de 620.000 millones de dólares. De los 81.000 millones, sólo 4% se gasta directamente en prevención, tratamiento o investigación en el área; el 96% restante está oculto en departamentos y actividades que no están etiquetados formalmente como gasto en drogas, sino que corresponden, por ejemplo, al gasto en educación, en cárceles, en salud y el costo del ausentismo en empleados estatales. En el Cuadro N°9 se detalla esta información.

**Cuadro N°9** Gasto relacionado con abuso de sustancias (alcohol, tabaco y drogas ilegales) en el nivel estatal, 1998

	Millones de dólares	%
Prevención, tratamiento, investigación	3.011,1	4%
Cargo a otros departamentos y actividades	78.279,4	96%
Justicia	30.655,3	38%
Educación	16.498,6	20%
Salud	15.167,3	19%
Asistencia a niños y familias	7.722,0	9%
Salud mental y discapacidades de desarrollo	5.887,8	7%
Seguridad pública	1.507,4	2%
Fuerza de trabajo estatal	408,0	1%
Regulación	433	1%
Total	81.290,5	100%

Fuente: Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA), *Shoveling Up: The impact of Substance Abuse on State Budgets*, enero de 2001.

<sup>25</sup> El estudio demoró 3 años.

Se observa que más de un tercio del gasto estatal corresponde al ítem justicia, en el que se incluye el costo de procesamiento y cumplimiento de condena de aquellos hallados en posesión o vendiendo alguna sustancia ilegal.

Cabe destacar que varios estudios han señalado que el gasto en prevención es significativamente más efectivo que el gasto en tratamiento y que éste, a su vez, lo es respecto de un enfoque punitivo. Un estudio financiado por el NIDA concluyó que por cada dólar gastado en programas efectivos de prevención, las comunidades pueden ahorrar entre 4 y 5 dólares en tratamiento y orientación<sup>26</sup>. Una investigación del *RAND Drug Policy Research Center* sobre el costo-beneficio de las políticas para reducir el consumo de cocaína concluyó que el gasto adicional necesario para lograr el 1% de reducción en el consumo sería de 783 millones de dólares en programas de control en países de origen, 366 millones en decomisos, 246 en aplicación de la ley doméstica o 34 millones en tratamiento. Es decir, la alternativa de reducción de oferta más barata (aplicación doméstica de la ley) cuesta 7,3 veces lo que vale el tratamiento para lograr un resultado equivalente<sup>27</sup>. La composición del gasto del gobierno federal es contraria a estos resultados por cuanto la fracción destinada a políticas de reducción de oferta es significativamente superior que la destinada a tratamiento y esta, a su vez, es mayor que la destinada a programas de prevención. El gasto estatal en este ámbito también está fuertemente concentrado en las políticas de reducción de oferta y aplicación de la ley.

<sup>26</sup> Pentz, M.A. "Costs, benefits, and cost effectiveness of comprehensive drug abuse prevention." In W. J. Bukoski, ed. *Cost Effectiveness and Cost Benefit Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. NIDA Research Monograph.

<sup>27</sup> 34. Rydell, C.P. & Everingham, S. S., "Controlling Cocaine: Supply versus Demand Programs", RAND, 1994.

## VII. RESULTADOS OBTENIDOS

Además de analizar la evolución del consumo de drogas ilegales en el país (principal objetivo de la política estadounidense en esta materia), en esta sección se revisa el incremento del costo para la sociedad del consumo de drogas y las muertes vinculadas a ello, como indicadores de las negativas consecuencias que el consumo trae a la sociedad y a la persona. También se revisan algunos datos relativos a la oferta de drogas para ver qué resultados se han obtenido en esta área.

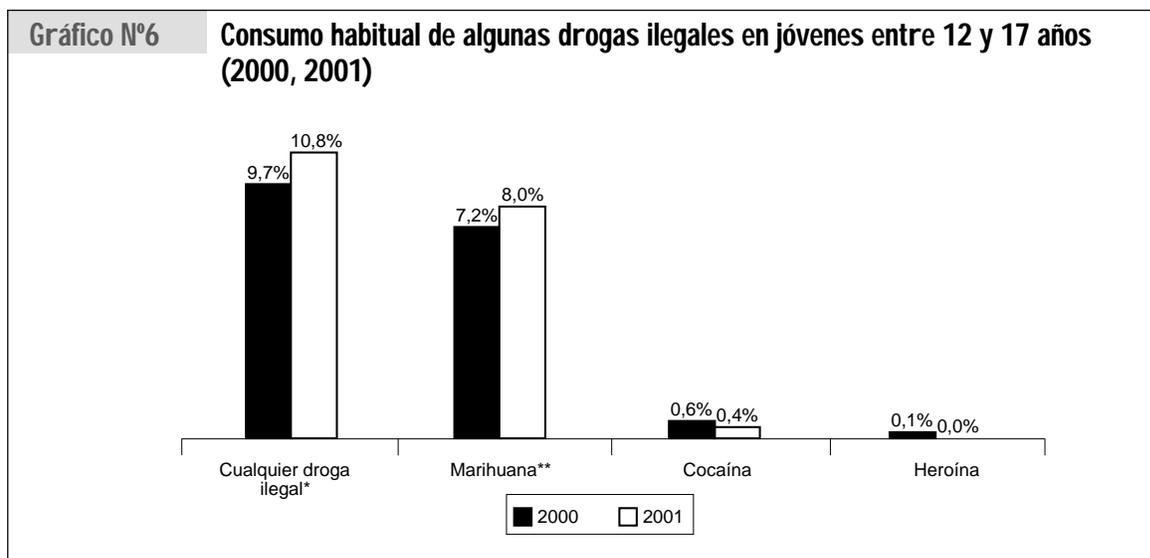
### 1. Evolución del consumo de drogas

La meta de la estrategia de Estados Unidos es reducir el consumo de todas las drogas en la población juvenil y adulta. Específicamente, la Casa Blanca aspira lograr una reducción del 10% en el uso habitual de drogas ilegales en adolescentes de 12 a 17 años y en los mayores de 18 años en un plazo de dos años y, una reducción del 25% en 5 años, tomando como base la medición de la Encuesta Nacional Domiciliaria sobre Abuso de Sustancias del año 2000<sup>28</sup>.

Los resultados de la medición correspondiente al año 2001 de dicha encuesta, fueron publicados en agosto de 2002 y constituyen la primera fuente para evaluar los avances obtenidos en la materia desde que se fijara esta meta cuantitativa.

En relación con el consumo juvenil, los resultados no son alentadores. Tomando el indicador escogido en la meta -esto es, la prevalencia mes asociada al conjunto de drogas ilegales- se observa un aumento entre 2000 el 2001 de 9,7% a 10,8%, lo que es estadísticamente significativo al 1%. El consumo habitual de marihuana también aumentó significativamente, mientras que el de cocaína y heroína se redujo, pero en cantidades no estadísticamente significativas (Ver Gráfico N°6)

<sup>28</sup> Uso habitual se refiere a la prevalencia mes y a "todas las drogas ilegales", incluyendo marihuana, cocaína, crack, heroína, metanfetamina y otras. La Encuesta Nacional Domiciliaria sobre Abuso de Sustancias se realiza desde el año 1979 y es el principal referente en esta materia.



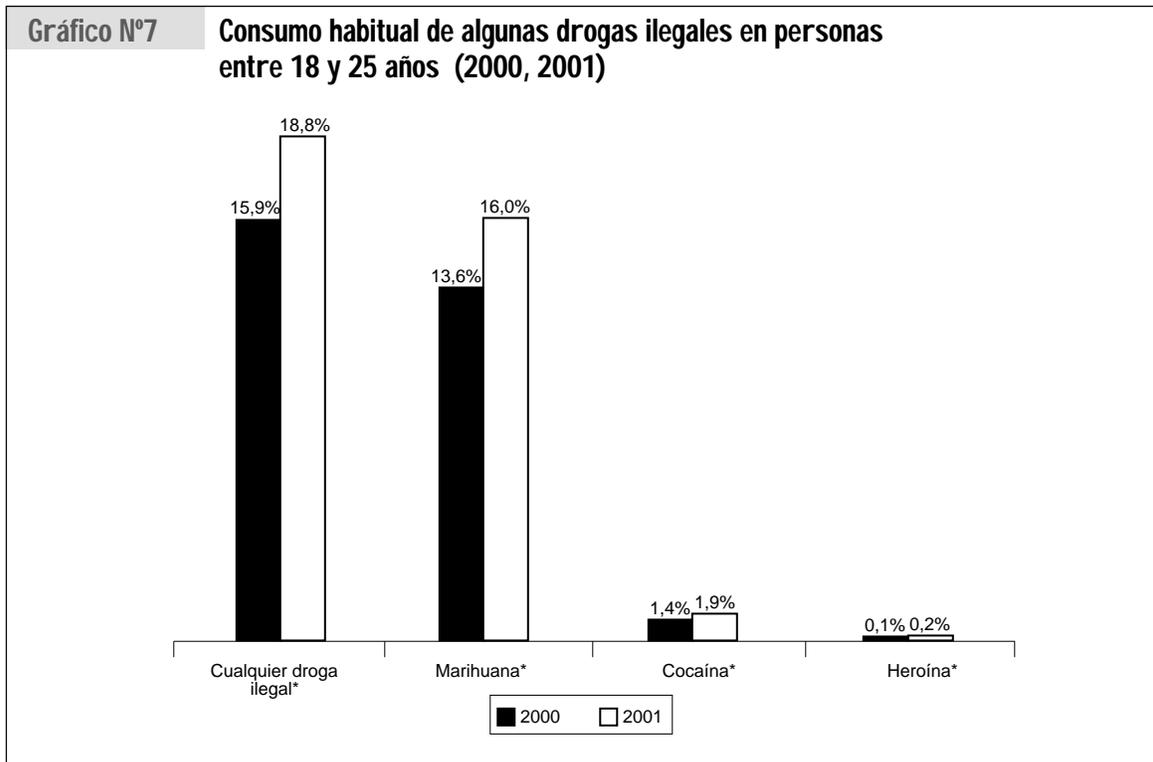
Nota: \* denota un cambio significativo al 1% y \*\* un cambio significativo al 5%.  
Fuente: 2001 National Household Survey on Drug Abuse, SAMHSA.

Respecto del consumo habitual del resto de las sustancias y categorías consideradas en el estudio, ninguno registra un cambio significativo, aunque la mayoría de los movimientos son al alza.

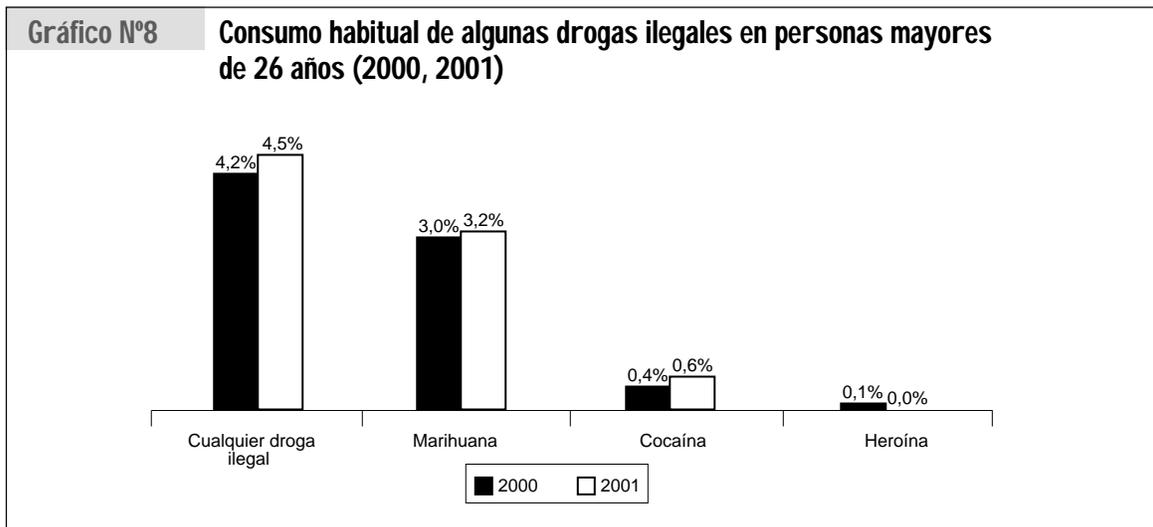
Por su parte, las prevalencias vida y año del conjunto de drogas ilegales, y de marihuana en particular, aumentaron significativamente entre los años 2000 y 2001.

Los resultados para los mayores de 18 años se presentan agrupados en dos subcategorías: entre 18 y 25 y, mayores de 26 años. Considerando nuevamente el indicador escogido para la meta de la estrategia –esto es, prevalencia mes asociada al conjunto de drogas ilegales- se observa un aumento entre el año 2000 y 2001 que es significativo al 1% para el segmento entre 18 y 25 años, aunque no lo es para los mayores de 26.

Para el grupo etáreo entre 18 y 25 años, el consumo habitual de *ninguna* sustancia se reduce significativamente entre los años analizados, mientras que aumenta en varias categorías, entre las que destacan marihuana, cocaína y heroína (ver Gráfico N°7)



Como se dijo, para los mayores de 26 años el cambio en el consumo habitual de drogas ilegales no es significativo, así como tampoco el de las principales drogas (marihuana, cocaína y heroína). Con todo, todos los movimientos son al alza (ver Gráfico N°8) y, los indicadores de prevalencia vida y año sí se incrementan significativamente para el total de drogas ilegales, marihuana y cocaína.



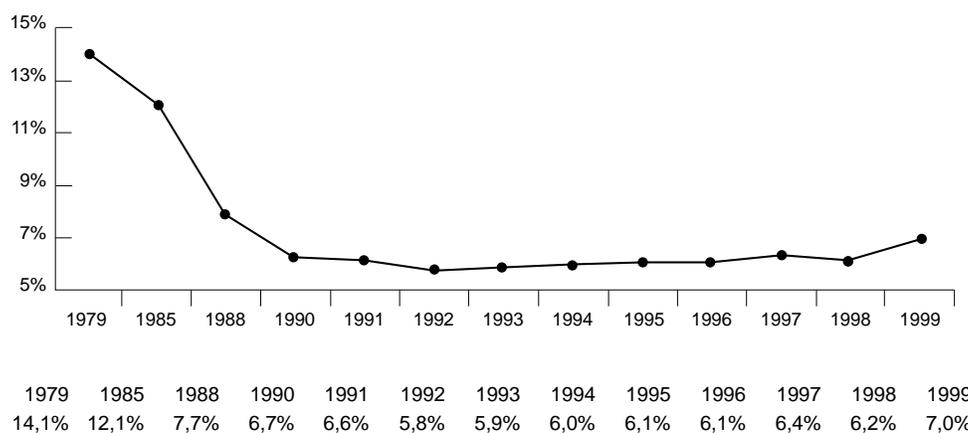
En síntesis, los resultados de las encuestas nacionales de consumo de los años 2000 y 2001 indican un aumento del uso de drogas ilegales en esos años, tanto en los jóvenes como en adultos, alejándose los indicadores de la meta propuesta por las autoridades.

Independientemente de la meta explícita (que fue reformulada en 2002), la política estadounidense en esta materia ha estado siempre orientada a la reducción del uso de drogas ilegales. Por ello, la evolución del consumo también es el mejor indicador para evaluar el éxito de su estrategia, con un horizonte de tiempo más largo que el recientemente analizado<sup>29</sup>.

Habiendo varias formas de medir el uso de drogas, para estos efectos se ha optado por concentrarse en el indicador establecido en la nueva meta que es el consumo habitual (prevalencia mes) del conjunto de drogas ilegales, según la National Household Survey on Drug Abuse.

Considerando la totalidad de la muestra (correspondiente a los mayores de 12 años) y tomando los datos desde la primera encuesta (1979) hasta 1999, se observa una fuerte reducción en el consumo habitual de drogas ilegales entre 1979 y 1992, período en el cual hubo una disminución de 8,3 puntos porcentuales en la prevalencia de consumo mensual. De ahí en adelante comienza a aumentar, acumulando un incremento de 1,1 puntos porcentuales en seis años, con lo que el nivel de consumo se mantiene muy por debajo de los valores registrados al comienzo de la serie (ver Gráfico N°9).

**Gráfico N°9 Consumo habitual de drogas ilegales en mayores de 12 años (1979 – 1999)**



Nota: El dato 1999 es el correspondiente a la metodología PAPI para hacerlo comparable con el resto de la serie.

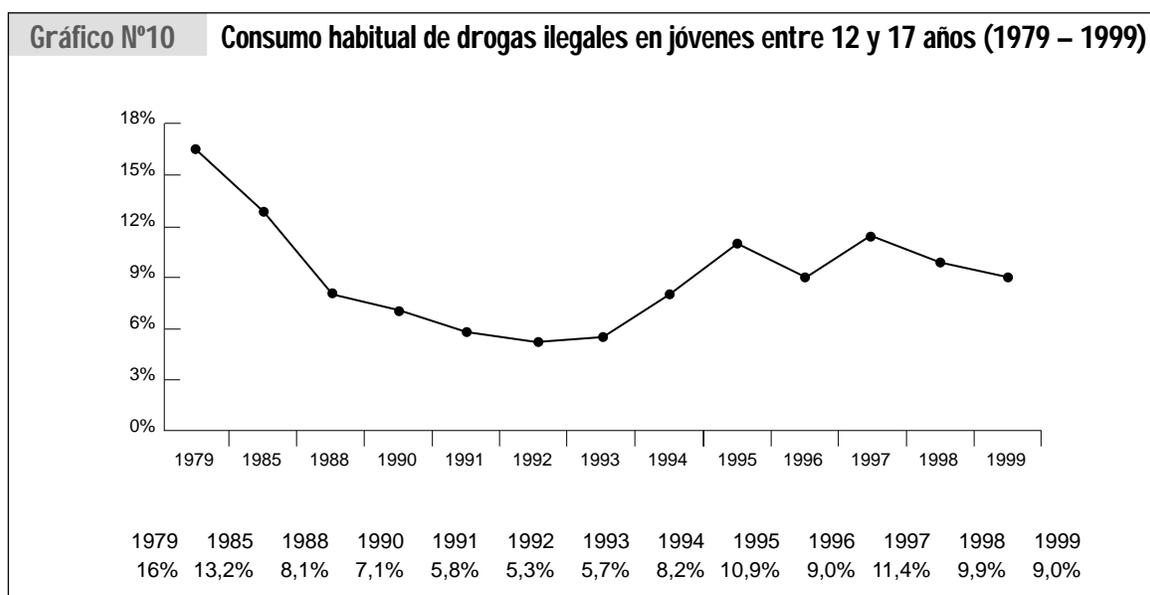
Fuente: National Household Survey on Drug Abuse, SAMHSA, varios años.

<sup>29</sup> El año 1999 se introdujo un cambio metodológico importante en la Encuesta Nacional Domiciliaria sobre Abuso de Sustancias (NHSDA) lo que, a juicio del SAMHSA, imposibilita la comparación de resultados antes y después de esa fecha. Por esta razón, no es posible tomar las series completas para analizar la evolución del consumo de drogas en Estados Unidos, sino que se deben tomar los datos antiguos sólo hasta ese año (en algunos casos, se calculó el dato 1999 con ambas metodologías, lo que permite incluirlo,) y separarlos del análisis de los últimos años.

La reducción en el consumo entre 1979 y 1992 es drástica. Mientras el primer año el porcentaje de personas mayores de 12 años que declaró haber consumido alguna droga ilegal durante el último mes fue de 14,1%, al final de este período fue de 5,8%, lo que representa una reducción del 59%. Luego comenzó a subir, llegando en 1999 al 7%, el mayor valor registrado en toda la década.

Estas cifras agregadas se explican mayoritariamente por el consumo de marihuana, porque ésta es la droga ilegal más consumida en Estados Unidos<sup>30</sup>, al igual que en la mayoría de los países occidentales. El consumo habitual de cocaína, por su parte, registra su máximo a mediados de los años ochenta, para luego descender y estabilizarse entre 0,7% y 0,8% desde 1992.

Tomando los datos de la encuesta para el segmento entre 12 y 17 años, se observa que el consumo juvenil se comportó de un modo bastante similar a las cifras agregadas, según se presenta en el Gráfico N°10.



Nota: El dato 1999 es el correspondiente a la metodología PAPI para hacerlo comparable con el resto de la serie.  
Fuente: National Household Survey on Drug Abuse, SAMHSA, varios años.

Los resultados de NHSDA para jóvenes entre 12 y 17 años indican que la proporción que consumió alguna droga ilegal durante el mes previo a la encuesta descendió fuertemente entre 1979 y 1992, año en que se registró el mínimo de 5,3%. Aumentó hasta 1997 en un 115%, llegando al 11,4%. Entre ese año y 1999 se redujo, aunque sigue siendo alto en comparación con 1992.

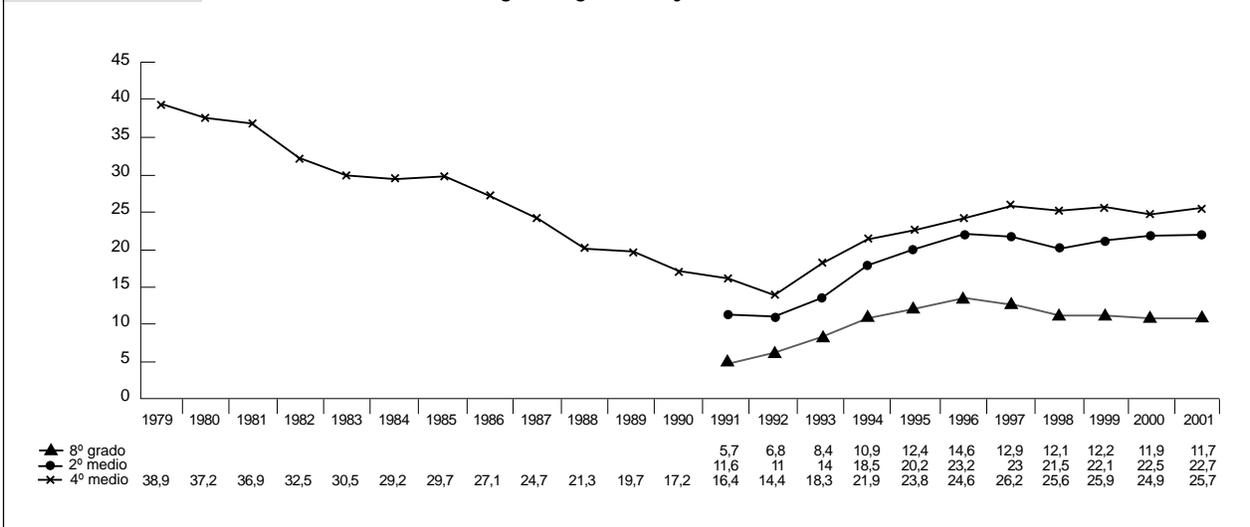
<sup>30</sup> A modo de referencia, la prevalencia mensual de consumo de marihuana en Estados Unidos en el año 2001 fue de 8%. La droga ilegal que se ubica en el segundo lugar es la cocaína, con 0,4%.  
2001 National Household Survey on Drug Abuse, SAMHSA.

Cabe destacar que -al igual que en el caso de la población general- las cifras agregadas (“drogas ilícitas”) se explican mayoritariamente por la marihuana, por cuanto el consumo de esta sustancia es muy superior al de todas las demás. Diferenciando según tipo de sustancia, se observa que en 1982 el consumo juvenil de cocaína llegó al máximo, con un 1,9% de jóvenes que declaró haber usado la sustancia el último mes. Esto se explica principalmente por el fuerte aumento en el consumo de *crack* (forma fumable de la cocaína) experimentado durante los años ochenta, época en que se vivió la llamada “*crisis del crack*”.

A continuación se presenta la evolución del consumo de drogas en la población escolar según la encuesta *Monitoring the Future* (MTF), que se ha realizado en Estados Unidos desde 1979 hasta la fecha. En ella no ha habido cambios metodológicos de importancia (como el ocurrido en la Encuesta Nacional Domiciliaria de Abuso de Sustancias), por lo que es posible analizar la serie completa de datos hasta la medición del 2001, última que ha sido entregada. Esta información sirve para complementar los datos para la población juvenil de la NHSDA.

Esta encuesta se aplica desde 1979 en los cuartos medios y desde 1991 incorpora también a octavos básicos y segundos medios. En el gráfico siguiente se presenta la evolución consumo habitual de drogas ilegales en estos grados.

**Gráfico N°11 Consumo habitual de drogas ilegales en jóvenes escolares(%) (1979 – 2001)**



Nota: La serie para cuartos medios empieza en 1975, pero se considera desde 1979 para usar mismos años de NHSDA. El año 1991 se comienza a cubrir octavos y segundos medios.

Fuente: Institute for Social Research, University of Michigan, Monitoring the Future Study, diciembre 2001.

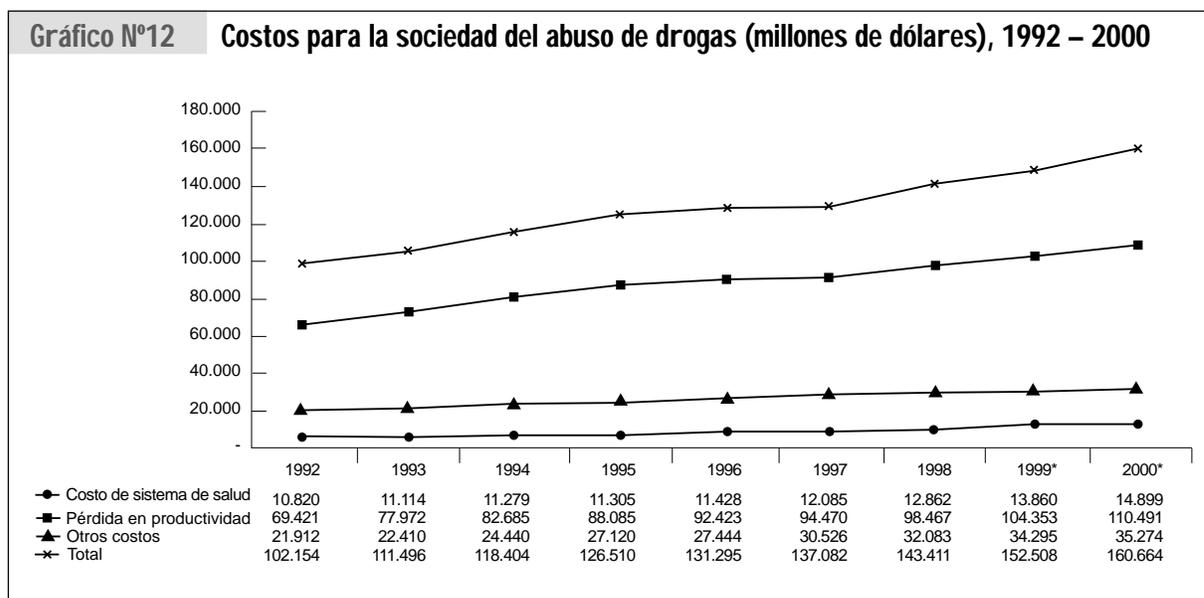
El consumo de escolares, según MTF, también muestra una baja importante entre 1979 y principios de los años noventa. Luego sube drásticamente, para alcanzar los máximos en 1996 y 1997. En estos últimos años las tendencias son distintas según el curso (octavo, segundo medio y cuarto medio), pero los cambios son menores, por lo que el conjunto de series sugiere una estabilización. El consumo de marihuana sigue una tendencia muy

parecida a la del total de drogas ilícitas, por cuanto la segunda serie se explica mayoritariamente por la primera. El consumo de cocaína, en cambio, tuvo su punto máximo en 1985, principalmente por el alza en el consumo de crack entre los escolares<sup>31</sup>.

En síntesis, tanto el consumo juvenil como el de la población adulta del conjunto de drogas ilegales experimentó una baja considerable durante la década de los años ochenta, para comenzar a aumentar en los años noventa. Los últimos datos de la encuesta NHSDA muestran que esta tendencia alcista se mantiene bastante firme, aunque los resultados de la encuesta escolar son una señal positiva, que indica que, entre los escolares, éste podría estarse estabilizando.

## 2. Consecuencias del uso de drogas ilícitas

Los costos para la sociedad derivados del abuso de drogas, por ejemplo, el aumento en la demanda por servicios de salud y de asistencia social, la disminución de productividad, el aumento del crimen relacionado con drogas, la reducción de la oferta de drogas, etc., han aumentado sostenidamente desde 1992, primer año del cual se tienen estadísticas, según se observa en el siguiente gráfico.



\* Estimación según tendencia de años anteriores.

Fuente: Office of the National Drug Control Policy, The Economic Cost of Drug Abuse in the United States, 1992 - 1998, septiembre 2001.

<sup>31</sup> Hasta 1987 se preguntaba por cocaína, incluyendo su derivado crack; A partir de ese año se registra el dato por separado.

La mayor parte de los costos sociales corresponde a las pérdidas en productividad, que se explican por las muertes prematuras, las enfermedades asociadas al uso de drogas, las hospitalizaciones, los delitos relacionados con drogas, las encarcelaciones y la pérdida en productividad de las víctimas de la delincuencia vinculada a las drogas.

La tasa de muertes cada 100.000 habitantes vinculadas a las drogas también ha evolucionado al alza, según se muestra en el Cuadro N°10.

**Cuadro N°10** Tasa de muertes vinculadas a las drogas cada 100.000 habitantes, 1979 – 1999

Año	Tasa	Año	Tasa
1979	3,2	1990	3,8
1980	3	1991	4,1
1981	3,1	1992	4,6
1982	3,2	1993	5,1
1983	3,2	1994	5,3
1984	3,3	1995	5,4
1985	3,6	1996	5,6
1986	4,2	1997	6
1987	4	1998	6,3
1988	4,5	1998*	7,5
1989	4,3	1999*	7

Nota: el año 1998 se introdujo un cambio en las causas consideradas como muerte vinculada a las drogas, por lo que se produce un quiebre en las series, imposibilitando su comparación con años anteriores. Ese año se contabilizó según las dos metodologías.

Fuente: Center for Disease Control and Prevention y National Center for Health Statistics, citado en ONDCP, National Drug Control Strategy, Annual Report 2002.

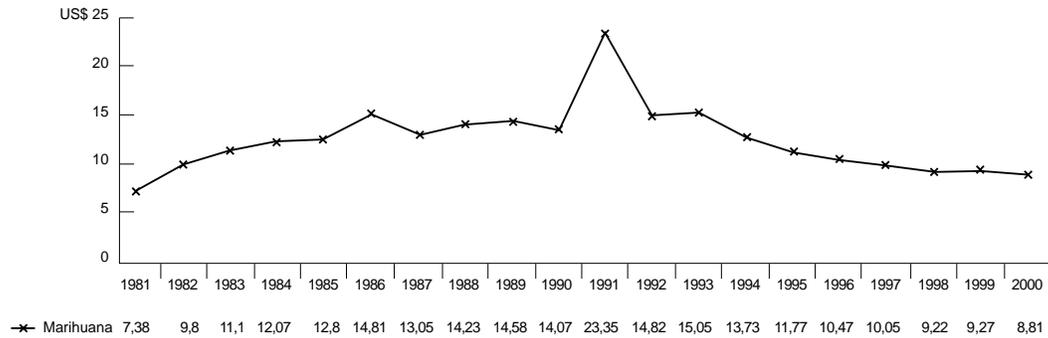
### 3. Disponibilidad de droga

Desarticular el mercado de la droga es una de las prioridades nacionales en este ámbito. Al respecto, independientemente del monto de las incautaciones, el número de traficantes en las cárceles y otros resultados intermedios, lo que, a fin de cuentas, incide en la decisión de los consumidores es el precio al cual puede ser adquirida la droga en las calles y barrios del país.

A continuación se revisa la evolución en el precio de tres de las principales drogas ilegales consumidas en Estados Unidos: marihuana, cocaína y heroína. Se considera el valor que enfrentan los consumidores en el nivel minorista de la sustancia pura.

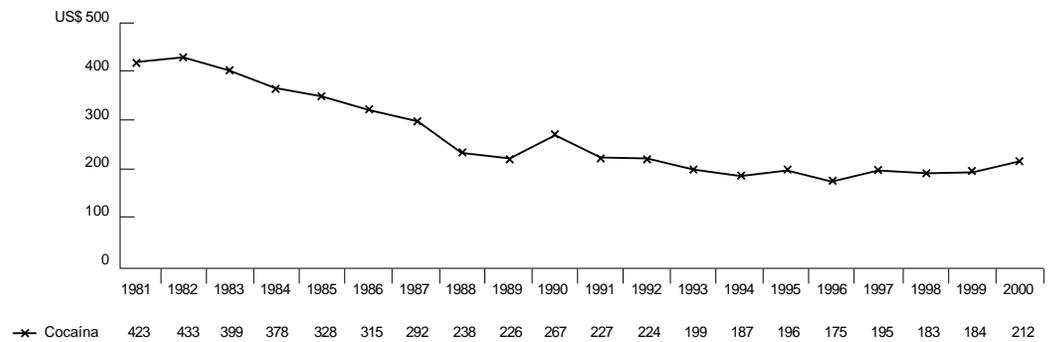
El precio de la marihuana subió lentamente desde 1981 hasta 1991 –año con un peak significativo- para comenzar a descender desde entonces hasta el año 2000. El valor de la cocaína tendió a la baja durante todo el período analizado así como también el de la heroína (Ver Gráfico N°13, N°14 y N°15).

**Gráfico N°13 Evolución del precio minorista (hasta 10 gramos) de 1 gramo de marihuana**



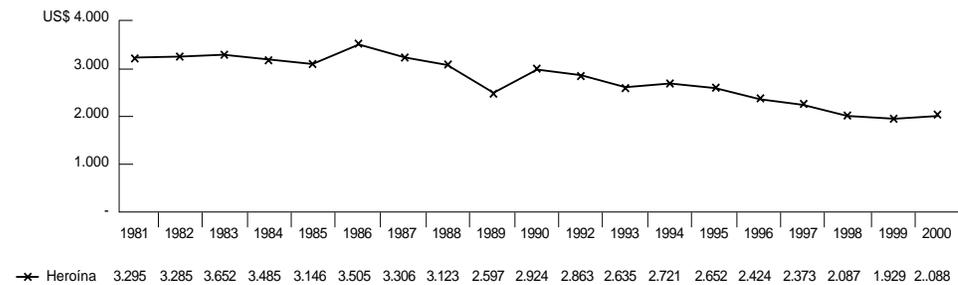
Nota: corresponde al promedio de los 4 trimestres, salvo para el año 2000 en que se promedian los dos primeros.  
Fuente: ONDCP, The Price of Illicit Drugs: 1981 through Second Quarter of 2000, octubre 2000.

**Gráfico N°14 Evolución del precio minorista (hasta 1 gramo) de 1 gramo de cocaína**



Nota: Corresponde al promedio de los 4 trimestres, salvo para el año 2000 en que se promedian los dos primeros.  
Fuente: ONDCP, The Price of Illicit Drugs: 1981 through Second Quarter of 2000, octubre 2000.

**Gráfico N°15 Evolución del precio minorista (hasta 0,1 gramo) de 1 gramo de heroína**



Nota: Corresponde al promedio de los 4 trimestres, salvo para el año 2000 en que se promedian los dos primeros.  
Fuente: ONDCP, The Price of Illicit Drugs: 1981 through Second Quarter of 2000, octubre 2000.

Evidentemente, la evolución del precio por sí solo no es medida suficiente del éxito o fracaso de las políticas de reducción de oferta, así como tampoco la evolución del porcentaje de consumidores es medida única de los logros obtenidos por el lado de la demanda. Desde luego, sería necesario saber qué hubiera pasado de no haber mediado estas políticas. Sin embargo, sí arrojan una señal al respecto: los esfuerzos en la represión del comercio de drogas ilegales no lograron aumentar el precio que enfrentan los consumidores.

En esta sección se revisaron los resultados agregados de la Estrategia respecto de su capacidad para reducir el consumo, consecuencias del consumo y oferta de droga. En relación con el año 1992 (correspondiente al mínimo registrado en consumo), el uso juvenil y de adultos de drogas habría aumentado. Respecto de las consecuencias, el costo para la sociedad aumentó sistemáticamente desde 1992, y las muertes vinculadas con la droga también se acrecentaron. Por último, el indicador de oferta escogido, precio que enfrentan los consumidores, se redujo para cocaína y heroína desde 1981, y para marihuana, desde 1991. Todo esto sugiere que, hoy, el problema de la droga es más grave que a principios de la década, aunque - cabe destacar- menos serio que a principios de los años ochenta, en los que el porcentaje de la población que consumía estaba muy por encima de los datos actuales.

Con todo, existen programas específicos de prevención, tratamiento y control que han sido efectivos en el logro de sus objetivos y que, en el nivel micro, han impactado fuertemente en la realidad local. En la siguiente sección se presentan -a modo de ejemplo- algunos de estos éxitos, que sirven de contrapunto a los resultados agregados recientemente expuestos.

#### 4. Logros de algunos programas específicos

- Un estudio en 10.000 participantes de programas de base comunitaria de 11 ciudades demostró que las diversas modalidades de tratamiento a las que fueron sometidos los drogadictos lograron entre 44% y 69% de reducción en el número de personas que usaba heroína en forma semanal, entre un 56% y 69% en los consumidores de cocaína, y entre 55% y 67% en los de marihuana. Además, redujeron significativamente la participación en actividades delictivas y mejoraron las condiciones de trabajo de los participantes. Se encontraron cambios sustanciales en estos ámbitos aún 5 años después del tratamiento<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> Fuente: Drug Abuse Treatment Outcome Study, National Treatment Improvement Evaluation Study and Services Research Outcomes Study; Citado en ONDCP, National Drug Control Strategy, Annual Report 2002.

- La primera investigación a gran escala que evalúa los resultados de programas de tratamiento orientados específicamente a adolescentes, financiada por NIDA, concluyó que estadías suficientemente largas en ellos pueden reducir el uso de alcohol y drogas y la actividad criminal, a la vez que mejoran el rendimiento escolar. Al comparar el comportamiento de los adolescentes antes del tratamiento y un año después se observó que la fracción de jóvenes que usó semanalmente marihuana bajó de 80,4% a 43,8%, el abuso de alcohol se redujo desde 33,8% a 20,3%, el uso de alucinógenos de 31% a 26,8% y el de estimulantes desde 19,1% a 15,3%. Además, el porcentaje de jóvenes que asistió regularmente al colegio pasó desde 62,6% a 74%, y los que tuvieron notas iguales o superiores al promedio pasaron de 53,4% a 79,6% de los jóvenes. Por último, se redujo la cantidad de adolescentes que se involucraron en actividades delictivas (75,6% a 52,8%) y que fueron arrestados (50,3% a 33,9%)<sup>33</sup>.
- Luego de varias evaluaciones y puestas a prueba, los expertos han identificado una serie de programas preventivos que han probado tener buenos resultados a largo plazo. Entre ellos el *“Life Skills Training”* (Habilidades para la Vida), un programa escolar orientado principalmente a desarrollar factores protectores en los niños. Una encuesta realizada a aproximadamente 6.000 estudiantes de 56 escuelas mostró un descenso notable en el consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana seis años después de la evaluación inicial del mismo. La prevalencia de uso de estas sustancias fue 44% menor que el grupo de control, y el abuso regular (semanal) de drogas fue de un 66% menos<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> Fuente: Hser, Y-I; Grella, C. E.; Hubbard, R. L.; et al. “An Evaluation of Drug Treatment for Adolescents in Four U.S. Cities”, *Archives of General Psychiatry* 58(7), pgs. 689 – 695, 2001.

<sup>34</sup> Fuente: NIDA, “Preventing Drug Use among Children and Adolescence, a Research-Based Guide”. En: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/Prevopen.html>



## VIII. COMENTARIOS FINALES

Para el gobierno federal, la lucha contra las drogas es una prioridad. Reducir el uso de drogas ilegales (sin distinción, al menos en la meta explícita de la estrategia) en jóvenes y adultos es el propósito central. Para ello, las drogas deben seguir siendo ilegales y mediante el sistema judicial penal se debe dar tratamiento a todos los que lo necesiten. La dependencia es entendida como un proceso complejo, muy similar a una enfermedad crónica, por lo que es tratable, aunque puedan requerirse varios intentos.

Este enfoque médico-jurídico que rige la política central de Estados Unidos cuenta con adherentes y detractores, tanto dentro como fuera del país. Se la ha acusado de provocar más daños que los que evita, de atentar contra derechos fundamentales consagrados en la Constitución, tales como la privacidad y la autonomía personal, de constituir una amenaza para la salud pública, de aumentar el crimen y la violencia, de colapsar el sistema carcelario, de imponer costos desmedidos a las minorías, etc.<sup>35</sup>

Con todo, la Casa Blanca ha sido enfática en señalar que no modificará su estrategia, por cuanto ésta ha sido efectiva en el pasado y puede volver a serlo, en la medida en que se reconstruya el consenso en torno a la capacidad de las instituciones en combatir las drogas.

¿Que pasó entre 1979 y 1992 que produjo la drástica reducción del consumo de drogas ilegales en Estados Unidos? Y, desde entonces, ¿qué transformaciones se han producido que expliquen el cambio de tendencia?<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Ver: Nethelmann, Ethan; "Drug Prohibition in the United States: Cost, Consequences and Alternatives", Science, pgs. 939-947, septiembre 1989; ACLU (American Civil Liberties Union), "Against Drug Prohibition", Briefing Paper, N°19, 1996.

<sup>36</sup> Esta es la tendencia que se observa de analizar el consumo de todas las drogas ilegales en su conjunto, las cuales se explican principalmente por el uso de marihuana. La cocaína, por ejemplo, comenzó a disminuir después ya que la crisis del crack llegó a su peak a mediados de los años ochenta. La heroína, por su parte, fue crítica en los años setenta.

Para la Casa Blanca, lo que permitió el éxito obtenido en los años ochenta y principios de los años noventa fue un trabajo conjunto del gobierno y la ciudadanía, en el que el gobierno federal ejerció el liderazgo, pero también participaron activamente los padres, el clero, los medios, las organizaciones comunales, las autoridades estatales y los líderes locales. En esos años, muchos se movilizaron en el combate contra las drogas, en parte por las consecuencias del aumento del consumo de *crack*, forma fumable de cocaína altamente dañina. Un elemento importante fue el liderazgo que ejerció Nancy Reagan en su condición de Primera Dama quien, como parte de su cruzada contra las drogas, visitó 65 ciudades en 33 estados, el Vaticano y otros ocho países, además de realizar numerosos discursos y participar en diversos programas de radio y televisión. Muy popular fue su campaña “Just Say No”, que apuntó a evitar que los jóvenes entraran en contacto con las drogas.

Para la autoridad central, uno de los elementos que habría propiciado la escalada en el consumo a partir de 1992 habría sido la erosión de la confianza ciudadana en la capacidad de las instituciones públicas -de educación, rehabilitación, policías y militares- de combatir las drogas, producto de una “campana” de quienes proponen la legalización para difundir la idea de que nada funciona en este campo. Por ello, las claves para retomar la senda de reducción del consumo serían la reconstrucción del consenso en torno a la efectividad de la política, por una parte, y a la valoración de las lecciones del pasado, por otra.

Con todo, más allá del debate entre el enfoque médico-jurídico y de reducción de daños, hay ciertos elementos de la política estadounidense que, sin duda, son positivos y pueden servir para orientar las estrategias de otros países. Entre ellos:

- **Claridad en la definición de la meta:** Los términos en que fue recientemente definida la meta de la Estrategia Nacional de Control de Drogas son claros, objetivos y medibles. El fin es reducir el consumo; los grupos objetivos son los jóvenes (entre 12 y 17) y los adultos (mayores de 18 años); los plazos son de 2 y 5 años; en la primera fecha se pretende una reducción del 10% y en la segunda, de 25%; como indicador se usará la prevalencia mes, según NHSDA, tomando como base la medición del año 2000. Una meta definida en estos términos tiene múltiples ventajas; entre ellas: alinear la acción en todos los niveles (federal, estatal, local) y permitir la evaluación de la estrategia en términos objetivos.
- **Liderazgo central y acción en el nivel local:** La Casa Blanca, mediante la ONDCP ejerce liderazgo en la política nacional de drogas, principalmente mediante la fijación de la meta y las prioridades. Además, promueve la investigación, la evaluación de los programas, la disseminación de información y ejecuta directamente algunos programas de carácter nacional como la campaña de prevención para jóvenes. Sin embargo, las iniciativas concretas para lograr la meta en las líneas de acción definidas como prioridades nacionales se deciden en el ámbito estatal y local. De hecho, la mayoría de los programas federales contempla recursos para ser repartidos entre las agencias

locales pertinentes, para que sean ellas las que decidan qué plan específico aplicarán, en virtud del diagnóstico y evaluación previa.

- **Promoción de la investigación:** En Estados Unidos hay múltiples centros de investigación públicos y privados que trabajan en esta área. Ello genera un sustento técnico para el debate, las estrategias, las iniciativas puntuales, etc.
- **Enfasis en la evaluación:** En Estados Unidos los programas se evalúan, lo cual, aunque parece obvio, no sucede en todos los países. Muchas veces es una exigencia de la agencia que provee el financiamiento. Lo anterior permite que las actividades se vayan perfeccionando en el tiempo, lo que aumenta la rentabilidad de los fondos invertidos. Dos ejemplos: (i) Uno de los cuatro Principios de Efectividad que deben cumplir las actividades del programa “Colegios Seguros y Sin Droga” es el ser evaluados periódicamente en relación con las metas propuestas, y que esta información se utilice para perfeccionar el programa. (ii) Se han realizado múltiples estudios que evalúan el impacto del popular programa escolar DARE. Los resultados no han sido positivos, pero han permitido ir paulatinamente modificando el programa para intentar cambiar estos resultados.



## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. ACLU (American Civil Liberties Union), "Against Drug Prohibition", *Briefing Paper*, N°19, 1996.
2. BJA (Bureau of Justice Assistance), "Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.)", Factsheet NJC FS00039, septiembre 1995.
3. BJS (Bureau of Justice Statistics), "Drug Control Budget". En [www.ojp.usdoj.gov/bjs/DCF/dcb.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/DCF/dcb.htm).
4. CASA (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University), "Shoveling Up: The Impact of Substance Abuse on State Budgets", Enero 2001.
5. DEA (Drug Enforcement Administration), "Controlling Drugs or Other Substances". En <http://www.usdoj.gov/dea/agency/agency.htm>
6. Drug Policy Alliance, "Consequences of the War on Drugs", factsheet 2001.
7. Drug Policy Information Clearinghouse, "Fact Sheet: Drug Use Trends", NCJ-164272, abril 1997.
8. ImpacTeen, "Illicit Drug Policies: Selected Laws from 50 States", febrero 2002.
9. Institute for Social Research, University of Michigan, "Monitoring the Future Study", varios años.
10. Lynam Donald R. et al.; "Project DARE: No Effects at 10 Year Follow Up", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volumen 67, N°4 pgs. 590 – 593, agosto 1999.
11. Martin, Kimberly R., "Adolescent Treatment Programs Reduce Drug Abuse, Produce other Improvements", *NIDA Notes, Research Findings*, volumen 17, número 1, abril 2002.
12. National AntiDrug Media Campaign, "Campaign Overview". En [www.mediacampaign.org.newsroom/08029/update1.html](http://www.mediacampaign.org.newsroom/08029/update1.html).
13. New Mexico Department of Education, "Title IV: Safe and Drug-free Schools Guidance Manual 2001 – 2002".
14. NIDA (National Institute on Drug Abuse), "Lessons from Prevention Research", *Infifax 13563*.
15. NIDA, "Preventing Drug Use among Children and Adolescence, a Research-Based Guide", En: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/Prevopen.html>
16. Office of Management and Budget, "Budget of the United States Government, Fiscal Year 2003".

17. OJJDP, "Drug-free Communities Support Program". En [www.ojjdp.ncjrs.org](http://www.ojjdp.ncjrs.org).
18. OJP (Office of Justice Programs), "Drug Courts Program Office". En [www.ojp.usdoj.gov/dcpo/about.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/dcpo/about.htm).
19. ONDCP (Office of the National Drug Control Policy), "National Drug Control Strategy", varios años.
20. ONDCP, "FY 2001 – FY2007 Strategic Plan".
21. ONDCP, "FY 2002 Annual Performance Plan and FY 2000 Annual Program Performance Report".
22. ONDCP, "National Drug Control Strategy, FY2003 Budget Summary", febrero 2002.
23. ONDCP, "The Price of Illicit Drug Use: 1981 trough the Second Quarter of 2000", octubre 2001.
24. ONDCP, "What America´s Users Spend on Illegal Drugs 1988 – 1998", diciembre 2000.
25. Partnership for a Drug-Free America, "1999-2000 Annual Report". En [www.drugfreeamerica.org](http://www.drugfreeamerica.org)
26. President of the United States of America, "Proclamation of the National DARE Day", 10 de abril de 2002.
27. Progressive Policy Institute, "DARE to Reform", 22 de abril de 2001. En [www.ppionline.org](http://www.ppionline.org).
28. RAND Drug Policy Research Center, "Are Mandatory Minimum Drug Sentences Cost-Effective?", *Research Brief*, 1997. En [www.rand.org/publications/RB/RB6003/](http://www.rand.org/publications/RB/RB6003/)
29. Rosebaum, Dennis P.; Hanson, Gordon S.(1998); "Assessing the Effects of School-based Drug Education: a Six Year Multilevel Analysis of Proyect D.A.R.E", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, volumen 35, Nª4, noviembre 1998, pgs. 381 – 412.
30. Rydell, C.P. & Everingham, S. S., "Controlling Cocaine: Supply versus Demand Programs", RAND, 1994.
31. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) Office of Applied Studies, "National Household Survey on Drug Abuse", varios años.
32. Schaffer Clifford A. "Basic Facts About the War on Drugs", Schaffer Library of Drug Policy. En [www.druglibrary.org/schaffer/library/basicfax.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/library/basicfax.htm).
33. Sourcebook of Criminal Justice Statistics 2000
34. US Department of Education Office of the Under Secretary Planning and Education Service, "Progress in Prevention: Report on the National Study of Local Education Agency Activities under the Safe and Drug-free Schools and Communities Act", Documento #2002 – 003.
35. US Department of Education, "About Safe and Drug-Free Schools Programas". En [www.ed.gov/offices/OESE/SDFS/aboutsdf.html](http://www.ed.gov/offices/OESE/SDFS/aboutsdf.html)
36. US Department of Education, Office of Elementary and Secondary Education, " Safe and Drug-free Schools Program". En [www.ojjdp.ncjrs.org](http://www.ojjdp.ncjrs.org)

**CAPÍTULO 5**  
**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS  
LA ESTRATEGIA DE LOS PAÍSES BAJOS**

Septiembre 2002



# ÍNDICE

I. Resumen	215
II. Introducción	217
III. Legislación	219
IV. Entidades públicas participantes	223
V. Estrategia	225
1. Fundamentos y evolución	225
2. Metas y objetivos	226
3. Política de prevención y educación	227
4. Política de asistencia de adictos	231
5. Política de control	237
6. Aspectos internacionales	241
VI. Presupuesto	243
VII. Resultados obtenidos	245
1. Drogas blandas: marihuana y hachís	245
2. Drogas duras	248
VIII. Comentarios finales	255
IX. Bibliografía	257



## I. RESUMEN

La política holandesa de control de drogas tiene como principal meta la de minimizar los daños asociados a su uso para el individuo, su entorno próximo y la sociedad. Se diferencia así de las de otros países, cuyas políticas se orientan principalmente a la reducción del consumo mismo antes que a la disminución del daño asociado a dicho consumo<sup>1</sup>. Para el logro de su objetivo, la acción holandesa se organiza en tres áreas:

- (i) **Prevención y educación:** el trabajo preventivo se basa en el principio de que los usuarios actuales y potenciales deben ser informados de manera profesional y creíble acerca de los riesgos que acarrea el uso de droga y las opciones disponibles para reducir esos riesgos. Se desarrollan programas masivos y otros específicos para ciertas drogas y ciertos grupos de la población.
- (ii) **Asistencia de adictos:** se busca proveer atención diferenciada y accesible a todos los que la necesiten para lograr la integración social de los adictos. Existe gran variedad de programas de atención, que abarcan desde tratamientos para lograr la abstinencia hasta el suministro de heroína bajo prescripción médica para adictos crónicos. Existen programas ambulatorios, residenciales, para la población penal, para grupos de riesgo (prostitutas, inmigrantes), etc.
- (iii) **Control de oferta y demanda:** respecto de las drogas blandas (marihuana y hachís), se tolera la venta de pequeñas cantidades para uso propio, en los llamados *coffeeshops*. La posesión de hasta 5 gramos tiene baja prioridad de persecución. El cultivo, comercialización, importación y exportación de drogas blandas son hechos punibles, que tienen asignadas penas máximas de hasta 4 años, inferiores a las de los casos que involucran drogas duras, en los que la reclusión máxima llega hasta los 12 años. Respecto de estas últimas, la posesión de hasta 0,5 gramos también tiene baja prioridad de

<sup>1</sup> El gobierno federal de Estados Unidos es el principal exponente de este enfoque. , la meta de su estrategia es reducir el uso habitual del conjunto de drogas ilegales, tanto en la población adulta como en la juvenil.

persecución. La máxima prioridad se asigna a la represión de la producción, venta, importación y exportación de drogas duras (cocaína, heroína, éxtasis, etc.).

Aunque la evaluación de los resultados obtenidos enfrenta una serie de dificultades y limitaciones, en términos generales se reconocen varios avances. Se ha conseguido estabilizar el consumo de drogas –duras y blandas- en la población escolar (jóvenes entre 12 y 18 años). También se ha logrado mantener relativamente constante el número de adictos a la heroína y reducir el porcentaje de ellos que se inyecta, que comparte jeringas y que está contagiado de VIH. Sin embargo, el éxito de programas de resultados inmediatos, como estos últimos, no se ha visto traducido en una disminución en los niveles de consumo de la población general, ya que la segunda y última encuesta nacional sobre consumo de drogas, realizada en 2001, mostró un aumento en las prevalencias de uso de cannabis y las principales drogas duras en relación con 1997.

## II. INTRODUCCIÓN

La política holandesa de control de drogas ha sido considerada por largo tiempo como la más progresista del mundo, lo que se debe principalmente al hecho de que, desde 1976, la venta de pequeñas cantidades de marihuana y hachís en los llamados *coffeeshops* es tolerada.

Hace cerca de 30 años que los Países Bajos optaron por un enfoque pragmático e innovador, el cual ha sido relativamente exitoso en términos de la consecución de la principal meta propuesta, cual es minimizar los riesgos asociados al consumo de drogas para el individuo, su entorno próximo y la sociedad. Dicha meta se condice con el enfoque de Reducción de Daños, el cual acepta como realidad la presencia de drogas en las sociedades y asume la imposibilidad de eliminarlas por completo. Por ello su meta es menos ambiciosa: aspira disminuir el daño individual y social que ellas provocan. La Reducción de Daños asigna gran importancia a la entrega de información que permita tomar decisiones informadas y evitar las conductas en extremo riesgosas, como, por ejemplo, el compartir jeringas.

Esta estrategia cuenta con adherentes y detractores; los primeros la han mitificado como “la” solución al problema de la droga; los segundos la rechazan, por cuanto no aspiran a lograr -como meta principal- una sociedad libre de drogas.

Es evidente que las políticas impulsadas por cada nación responden a los valores y concepciones arraigados en su sociedad, reflejados en los objetivos que se busca alcanzar y en los mecanismos que se eligen para lograrlo. Por ello, para entender la estrategia de control de drogas holandesa, es útil indagar un poco en estas consideraciones.

En los Países Bajos, los sociólogos han sido claves en la definición del problema de las drogas. Originalmente, esta visión sociológica consideró que el uso de ellas era un comportamiento desviado, propio de una cultura juvenil. Sin embargo, a fines de los años sesenta, se determinó que la mayoría de los que consumían marihuana eran “personas normales”, por lo que no era correcto estigmatizarlos. Además, atacar conductas desviadas con medidas punitivas implicaba

correr el riesgo de intensificar dichas conductas, iniciando una escalada que haría difícil que esas personas volvieran a un estilo de vida socialmente aceptado. Estas consideraciones son la base del paradigma holandés de “normalización”, que postula que el uso de drogas es parte de los problemas sociales normales, y no un problema específico e individual. El abuso de sustancias se entiende más como un asunto de salud pública<sup>2</sup> que como de tipo criminal. Lo anterior se condice con la tradición holandesa de limitar la utilización de las leyes criminales como medio para lidiar con cuestiones sociales.

Por otra parte, los holandeses tienen muy arraigado el respeto a la libertad individual, lo que explica, en parte, por qué el consumo de drogas no se considera una infracción. Sin embargo, el límite para el ejercicio de dicha libertad es la libertad de los demás, y el eventual desagrado que una acción individual pueda provocar en los otros. De hecho, uno de los principales objetivos de la estrategia es, precisamente, evitar la molestia pública que los usuarios de droga provocan a la sociedad.

Lo que sigue del informe se organiza de la siguiente manera. En la parte III se expone la legislación sobre drogas. El capítulo IV se dedica a revisar quiénes son las autoridades responsables de la estrategia de drogas en el país. En el capítulo V se describe esta estrategia en cuanto a sus objetivos, evolución y líneas de acción. En el VI, se presenta la información disponible sobre el presupuesto destinado a financiar la estrategia y en el VII se revisan los resultados obtenidos. En la última sección se exponen ciertas fortalezas y debilidades de la política holandesa.

<sup>2</sup> La salud pública es uno de los principales temas de la política holandesa. Esto se refleja, por ejemplo, en el rango que ostenta el Ministro de Salud, como uno de los ministros de gobierno más importantes.

### III. LEGISLACIÓN

El principal cuerpo legal sobre drogas de los Países Bajos es la Ley de Narcóticos, relativa a la producción, distribución y posesión de sustancias psicoactivas. Fue promulgada en 1919 y ha sido revisada en dos ocasiones: 1929 y 1976.

En la última enmienda se hizo la distinción entre las llamadas drogas duras y blandas, en función del riesgo asociado a su consumo. Mientras las primeras involucran un “riesgo inaceptable para la salud pública”, las segundas constituyen un peligro significativamente inferior. Son drogas blandas las derivadas del cannabis (marihuana y hachís) y duras, todas las demás (cocaína, LSD, heroína, éxtasis, etc.).

En los Países Bajos, el consumo de drogas no es un delito. La posesión<sup>3</sup>, venta o tráfico de todas las drogas incluidas en la Ley de Narcóticos es ilegal, aunque las sanciones factibles de ser aplicadas son mayores cuando la sustancia involucrada es una droga dura. Lo anterior se aprecia en el Cuadro N°1, en el que se presentan los ilícitos tipificados y las penas máximas aplicables según la legislación holandesa vigente.

<sup>3</sup> Como regla general, la posesión de droga es considerada una infracción, pero cuando es una cantidad pequeña de droga blanda para uso propio se clasifica como falta o infracción menor.

**Cuadro N°1 Delitos y penas máximas**

	<b>Reclusión máxima</b>	<b>Multa máxima (euros)*</b>
<b>Drogas duras</b>		
Importación, exportación	12 años	45.000
Producción, venta, transporte	8 años	45.000
Importación, exportación, producción, venta, transporte tentado	6 años	45.000
Preparación del delito	6 años	45.000
Lavado de dinero	6 años	45.000
Producción y venta de precursores químicos	6 años	45.000
Posesión	4 años	45.000
Posesión para uso propio	1 año	4.500
<b>Drogas blandas</b>		
Importación, exportación, cultivo profesional**	4 años	45.000
Venta, transporte, producción o posesión de más de 30 gr.	2 años	11.250
Venta o posesión de menos de 30 gr.	1 mes	2.250
<b>Otros</b>		
Dos o más infracciones relativas a drogas	16 años	45.000 (puede subirse a 450.000)

\* Paridad al 30 de Diciembre de 2002: 0,9604 euros por dólar.

\*\* El cultivo está prohibido salvo para fines agrícolas. Con todo, tener hasta 5 plantas para uso personal es tolerado en la práctica.

Fuente: National Drug Monitor, "Drug Policy: The Criminal Justice and Administrative Authorities", Factsheet N°9 (1998) y "Cannabis Policy: update 2000" Factsheet N°7 (2000).

Existen muchos mecanismos mediante los cuales las penas pueden ser sustituidas o complementadas con tratamiento a los adictos en conflicto con la justicia. Esto es parte de la Política contra la Molestia Pública que se impulsa en el país desde 1995: mediante la rehabilitación del infractor se intenta disminuir su probabilidad de reincidencia y de causar desórdenes posteriores. Se sigue un enfoque de "Disuasión y Coacción", que apunta a situar a la mayor cantidad de criminales adictos en tratamiento, para lo cual existen algunos mecanismos legales de incentivo. Los principales son la "suspensión condicional de la prisión preventiva", por medio de la cual las personas con un registro de varios contactos previos con la policía pueden elegir someterse a tratamiento, en vez de cumplir la sentencia, y el "artículo 47 del reglamento de la prisión", que faculta al juez a permitir que un recluso abandone la cárcel para ser admitido en una clínica para adictos, si le faltan menos de 6 meses de cumplimiento de la sentencia original. Además, existen varios programas de asistencia de adictos en los centros penitenciarios<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Ver capítulo sobre atención de adictos.

La legislación holandesa reconoce el Principio de la Conveniencia, según el cual el Ministerio Público tiene el poder de abstenerse de perseguir ciertas infracciones criminales si ello sirve a los intereses generales de la sociedad. El año 2001 se actualizaron las directrices sobre investigación y persecución de ilícitos de la Ley de Narcóticos para fijar prioridades. La primacía la tienen las infracciones criminales que involucran drogas duras, exceptuado su uso. Le sigue la persecución de los delitos relativos a marihuana y hachís, también con la excepción del uso. La más baja prioridad la tienen la posesión para uso propio de drogas blandas (hasta 5 gr) y duras (hasta 0,5 gr). Cuando una persona es sorprendida con menos de medio gramo de alguna droga dura, por lo general no se seguirá un proceso en su contra, aunque la policía confiscará la droga y consultará a una entidad de asistencia.

Además, los Países Bajos han suscrito acuerdos dentro de la Unión Europea y de las Naciones Unidas que comprometen su acción a ciertos principios como es el caso de las tres convenciones de las Naciones Unidas (1961, 1971 y 1988) en este tema.



## IV. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

Debido a la importancia que se le asigna a la coordinación e integración en la política de drogas, la responsabilidad final es compartida por varias autoridades, tanto en el ámbito nacional como local.

En el nivel nacional, tres son los Ministros sobre los que recae la mayor parte de la tarea. El Ministro de Salud, Bienestar y Deporte, encargado de coordinar la política y tiene una responsabilidad sustantiva en materias de prevención y atención de adictos; el Ministro de Justicia, responsable de la aplicación de la ley en todos sus aspectos, y el Ministro del Interior, encargado de todas las materias referidas a las autoridades locales y la policía.

Evaluaciones recientes han evidenciado que la gran cantidad de actores participantes en la política de drogas dificulta su aplicación efectiva, por lo que se planea establecer un grupo de trabajo interministerial para gestionar la estrategia, cuyos miembros vendrían de los Ministerios, Municipalidades, Policía, Aduanas, Ministerio Público, centros de atención de adictos e institutos de investigación ligados al tema.

La implementación de la política se deja principalmente en manos de las autoridades y organizaciones regionales y locales. En este último nivel, el esquema de colaboración también se aplica, y se materializa por medio del Comité Tripartito de Consulta. Lo integran el alcalde, el jefe de la policía y el fiscal jefe, quienes son responsables en el nivel municipal de la política sobre drogas en sus respectivas esferas de especialización.



## V. LA ESTRATEGIA

### 1. Fundamentos y evolución

Han pasado ya casi tres décadas desde que los Países Bajos optaron por un enfoque pragmático para controlar el problema de la droga y se erigieron, por lo mismo, en símbolo de las políticas liberales en este tema.

Siguiendo el dictamen del Grupo de Trabajo de Narcóticos (1972), el gobierno holandés de entonces no encontró motivo para adoptar como punto de partida de su política el hecho de que el consumo de todas las drogas trajera aparejado riesgos colectivos inaceptables, sino que, más bien, consideró que ellos dependían de la sustancia en cuestión, las circunstancias que rodean su uso y el nivel de consumo. Sobre la base de estas consideraciones definió, como objetivo central de la política, la prevención y el control de los daños colectivos e individuales que el consumo de drogas provoca. Según esta idea, la administración pública tiene la doble misión de evitar en lo posible que las personas -particularmente, los jóvenes- comiencen a consumir, y ofrecer asistencia médica y social a los usuarios problema de drogas (reducción de daños).

Los intereses a proteger mediante el derecho penal son, según la visión holandesa, primariamente de salud pública. Por consiguiente, la política se diferencia según el nivel del daño a la salud potencial que cada sustancia es capaz de provocar.

El consumo de drogas no es un hecho punible en sí, y el usuario problemático de drogas duras es visto más como un paciente que como un delincuente. La justicia ha considerado siempre que es preferible someter a un adicto a tratamiento que a una pena privativa de libertad.

Por otra parte, la represión del narcotráfico -y en particular el comercio de drogas duras- es una de las principales líneas de acción de la estrategia de control de drogas holandesa.

Desde mediados de los años setenta, estos principios se han mantenido prácticamente inalterados, sin perjuicio de las periódicas evaluaciones y revisiones para ajustar la estrategia a los nuevos desafíos.

En 1995 se llevó a cabo un profundo análisis de la estrategia seguida hasta entonces. La evaluación indicó que se habían logrado resultados positivos respecto de las metas propuestas de prevención del consumo, reducción de daños y salud pública. Sin perjuicio de lo anterior, arrojó tres temas de preocupación: la molestia que los usuarios de droga provocan a la comunidad, la implicación de organizaciones criminales internacionales en el tráfico de drogas y algunos problemas de carácter internacional que la política de los Países Bajos estaba ocasionando. “Continuidad y Cambio” fue el nombre del documento en que se consigna la evaluación y las sugerencias que de ella emanan, título que refleja fielmente el espíritu del informe: mantener los mismos principios y las políticas que han sido exitosas, pero renovar la acción en las áreas en que hay deficiencias. Desde entonces, se han publicado dos informes de avance -en 1997 y 1999- que dan cuenta de la evolución de la estrategia holandesa para enfrentar el problema de las drogas.

## 2. Metas y objetivos

La meta principal de la política holandesa sobre drogas es minimizar los daños asociados al consumo para el individuo, su entorno próximo y la sociedad, desde una perspectiva de salud pública.

Los objetivos son cuatro, según explicita el informe anual 2000 de los Países Bajos para el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): (i) prevención y tratamiento, (ii) reducción de daños para los usuarios, (iii) reducción de la oferta de drogas y, (iv) mantención del orden público.

Así, la estrategia tiene el doble propósito de reducir la demanda y limitar la oferta. Para reducir el consumo problemático de drogas se trabaja en prevención (primaria y secundaria) y asistencia. La oferta de drogas es atacada mediante un combate enérgico a las organizaciones criminales que se dedican a la producción y tráfico de sustancias ilícitas, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Desde mediados de los años noventa se ha incorporado un nuevo foco para la estrategia, que fundamenta el cuarto objetivo señalado: reducir la molestia social que ocasionan los consumidores de drogas y mantener el orden público. En 1993 se destacó la importancia del tema. En 1995, con la publicación del documento “La política holandesa de control de drogas: continuidad y cambio” se reforzó esta idea y se fijaron las líneas de acción destinadas a reducir la molestia pública que ocasionan los adictos. En 1996 se creó una unidad encargada del tema.

Además de los objetivos y prioridades mencionados, particular importancia se está dando actualmente a las drogas sintéticas, principalmente al éxtasis, luego de que se constatará que estas sustancias están penetrando en la sociedad y particularmente en la juventud. Por ello se están desarrollando iniciativas de prevención y asistencia orientadas específicamente al uso de estas drogas. Asimismo, en 1997 se creó la Unidad de Drogas Sintéticas, que es una alianza entre departamentos de investigación existentes y cuyo objetivo es combatir la producción y comercio de éxtasis, anfetaminas y otras drogas sintéticas.

### **3. Política de prevención y educación**

La estrategia de prevención y educación se basa en el principio de que los usuarios actuales y potenciales deben ser informados de manera profesional y creíble acerca de los riesgos que acarrea el uso de drogas y las opciones disponibles para reducir esos riesgos. La información debe ser entregada de manera realista -no sensacionalista-, enfatizando la responsabilidad personal sobre la propia salud.

Las primeras campañas preventivas -particularmente las orientadas a tratar el abuso de alcohol- eran principalmente una transferencia de conocimientos combinada con ciertos mensajes de cautela y advertencia. La investigación en este campo demostró que no eran efectivas y que, incluso, podían tener efectos negativos, lo que hizo emerger un nuevo enfoque. Hoy se reconoce que los jóvenes tienen una necesidad natural de experimentar y que la mayoría de quienes consumen experimentalmente deja de hacerlo en algún momento. Por ello, las nuevas iniciativas buscan orientar ese deseo natural en una dirección correcta mediante la entrega de información objetiva y creíble. Las nuevas campañas están respaldadas en hechos y se evita exagerar sobre los riesgos participantes en el consumo de drogas. Con todo, lo que se desalienta enérgicamente son las acciones que provocan un daño permanente (manejar bajo la influencia de drogas, por ejemplo), aunque estén asociadas al uso experimental.

Según este principio, el gobierno crea las condiciones para el desarrollo, ejecución y evaluación de los programas. Para ello, ha instaurado el Centro Nacional de Apoyo para la Prevención de la Adicción y el Abuso de Sustancias (LSP) que es subsidiado por el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte. El centro impulsa la colaboración entre las diversas agencias del ámbito, ofrece asistencia e información, y promueve la innovación. El desarrollo mismo de los programas está en manos de organizaciones intermedias que se han especializado en las áreas de educación, drogas, atención a jóvenes, deportes y trabajo sociocultural.

La línea preventiva de la estrategia antidrogas holandesa consta de dos elementos: prevención primaria y secundaria. La primaria se orienta a minimizar el consumo y el daño asociado a ello. La secundaria, en cambio, es posterior y su objetivo es evitar el

deterioro, una vez que el daño ya está hecho. Se aplica a usuarios problema de drogas duras y busca evitar que la persona incurra en acciones que le provoquen mayor perjuicio a él mismo o a la sociedad.

### **A. Prevención primaria:**

Como en todos los países estudiados, la actividad preventiva primaria se realiza de diversas maneras y en diversos ámbitos. De estos últimos, el principal es el escolar, según señalan los informes oficiales. También se desarrollan programas preventivos dirigidos a jóvenes fuera del sistema escolar, programas comunitarios y programas de entrega masiva de información.

#### **a. Programas de prevención escolares**

En los Países Bajos, los colegios tienen la exigencia legal de entregar a los estudiantes información sobre temas de salud. En este contexto, uno de los tópicos que generalmente se aborda es el del abuso de sustancias.

Entre los programas que se aplican en las escuelas de grandes ciudades destacan aquellos que han sido desarrollados con la ayuda de las fuerzas policiales de la zona. El más popular y ampliamente aplicado es, desde principios de los años noventa, el llamado “Colegio saludable y estimulante”, que, básicamente, consiste en lineamientos generales que promueven que los establecimientos escolares diseñen sus políticas y planes de prevención de drogas.

#### **Recuadro N°1 Programa de prevención escolar “Colegio Saludable y Drogas”**

La finalidad de este programa, iniciado en 1991, es desarrollar e implementar una política de salud en los colegios. La estrategia debe considerar lo que sucede en la sala de clase, fuera de ella y en los alrededores del establecimiento educacional. Asimismo, debe incorporar tópicos relativos a drogas, alcohol, medicamentos, tabaco y juegos de azar. La política debe cubrir lecciones para los alumnos, formas de detectar y asistir a los escolares que son consumidores problema de drogas, y un reglamento sobre el abuso de estimulantes en el colegio. El grupo objetivo está conformado por los alumnos de fines de primaria y principios de secundaria, por cuanto están en la edad de los primeros ofrecimientos y experimentaciones. Se alienta a los colegios a incorporar a los padres en el trabajo preventivo. Para el desarrollo de la política, las escuelas son apoyadas por diversas entidades del ámbito local y regional, como los servicios de salud municipales y las organizaciones de adictos. En 1999, entre el 50% y el 60% de las escuelas holandesas tenían incorporado el programa. La evaluación ha arrojado resultados positivos: los escolares que participan en el programa tienen mayor conocimiento sobre las drogas y sus efectos, presentan frecuencia de uso más baja e intención de consumo futuro también menor, respecto de sus pares que no participan<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> “The Healthy School and Stimulants. The effects of introducing a school health policy for drugs in secondary education”, Rescon 1997, citado en “Drug Policy in the Netherlands”, Ministry of Health, Welfare and Sport, 1999.

### **b. Programas de prevención juveniles fuera del ámbito escolar**

Algunos jóvenes están fuera del sistema escolar y otros, aunque van al colegio, igualmente pueden verse beneficiados con programas preventivos que se desarrollan fuera de ellos y que apuntan básicamente a prevenir el consumo ocasional o experimental durante los fines de semana y las noches. Este tipo de actividades se realiza directamente en los lugares que los jóvenes prefieren para reunirse (*coffeeshops*, discoteques, eventos masivos) e incluyen entrega de material informativo y orientación directa. Se busca así llegar tanto a los jóvenes que usan drogas como a los que no lo hacen, y enseñar sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias que habitualmente se relacionan con la actividad recreativa como son las drogas sintéticas o el cannabis.

En 1998 el Instituto Trimbos<sup>6</sup> desarrolló un marco general en el cual este tipo de actividades debiera enmarcarse y lanzó su plan de trabajo. En cooperación con el Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes y varias organizaciones regionales ello dio vida al programa “Drogas y Tiempo Libre”, que ha servido de base para estructurar diversas iniciativas que apuntan a reducir el consumo juvenil de drogas. El programa está orientado a todos los jóvenes (usuarios y no usuarios) y abarca todas las drogas que se consumen en estos locales, ya sea de forma aislada o combinada.

### **c. Programas de prevención comunitaria**

Los programas comunitarios son los menos desarrollados en los Países Bajos, aunque es un área que se pretende expandir en el futuro. En la actualidad, la mayoría de las iniciativas se desarrolla en barrios específicos más que en regiones enteras o áreas geográficas más extensas. En la zona Este de Amsterdam, por ejemplo, se ha diseñado un enfoque comunitario para abordar el abuso de sustancias integrando a los dueños de los *coffeeshops*, los policías, representantes de minorías étnicas y dirigentes vecinales. Se reúnen antecedentes para establecer un diagnóstico sobre los problemas concretos de la zona y se discute con las figuras claves de la comunidad para afinar una estrategia. Entre las actividades que han realizado destacan la entrega de material informativo a los colegios, la asistencia social que reciben los jóvenes en problema -quienes son contactados por trabajadores sociales- y la labor policial para lidiar con las quejas de la comunidad sobre la molestia ocasionada por quienes abusan de las drogas.

### **d. Programas de entrega masiva de información**

Se agrupan en esta categoría las campañas masivas de prevención mediante los medios de comunicación, las líneas telefónicas, los sitios en Internet y otras instancias que apuntan a la entrega de información a grupos extensos de la población.

En 1996 y 1997 se realizaron dos campañas masivas mediante los medios de comunicación que trataron el consumo de cannabis. La primera fue principalmente dirigida a los padres (bajo el lema “¡Infórmate!”) y la segunda a los jóvenes, en coordinación con otras

<sup>6</sup> También conocido como el Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, es un centro nacional de investigación independiente que, sobre una base científica, provee información en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias.

actividades de reducción de demanda que estaban siendo aplicadas. Los resultados de ambas permanecen poco claros. En febrero del año 2000 el Ministerio de Salud lanzó una campaña con cobertura nacional que apuntaba a prevenir el abuso de sustancias en niños y adolescentes. A fines de ese mismo año se lanzó otra campaña bajo el lema “*Drogas: no juegues contigo*” que reforzó la importancia de la comunicación entre padres e hijos.

Existen muchas líneas telefónicas de asistencia en los Países Bajos. Quien llama recibe información general sobre los riesgos asociados al consumo de drogas y se responden sus inquietudes. Algunas apuntan a segmentos específicos, como la del proyecto “Arrazi” dirigida a los marroquíes. Desde 1995 funciona un servicio telefónico nacional, la “Línea de Información sobre Drogas” a la cual puede llamar cualquier persona que requiera información. La mayoría de las personas pide que le envíen folletos, aunque algunos mantienen conversaciones más largas en busca de orientación. Pocos consumidores habituales llaman a estas líneas y, cuando sucede, ellos generalmente son alentados a dirigirse a centros asistenciales.

Por último, existen muchos sitios en Internet que entregan información sobre el abuso de sustancias.

#### **e. Testeo de pastillas (*pill-testing*)**

Además de las iniciativas mencionadas, cabe destacar los programas de análisis de pastillas (*pill-testing*), por medio de la cual los usuarios de éxtasis pueden someter su dosis a un análisis para determinar si efectivamente es esa sustancia o no. Esto, porque a veces lo que se vende como una droga resulta ser otra, que puede ser más dañina, o en una cantidad tal que provoca efectos inesperados en el consumidor. Estos programas se desarrollan en lugares de consumo frecuente de drogas sintéticas, como las fiestas de música electrónica (*rave*). Ellos, además de permitir a los usuarios saber exactamente qué están ingiriendo, son utilizados como medio para llegar a grupos difíciles de contactar en otras instancias y entregarles información sobre los riesgos del consumo de drogas sintéticas, prácticas más seguras, lugares de tratamiento, etc. Hoy, el análisis de pastillas es parte de la política oficial de drogas holandesa y ha sido aprobada por el Parlamento. En otros países europeos también se ha experimentado con iniciativas de este tipo, como Austria, Bélgica, España, Alemania y Francia. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ha señalado que el análisis de pastilla es una adecuada metodología para acceder a ciertos jóvenes, entregarles información y aconsejarlos.

### **B. Prevención secundaria:**

Los programas de prevención secundaria se condicen con el enfoque de reducción de daños e incluyen programas como el canje de jeringas y la distribución de metadona, entre otros. Estos programas se abordarán en la siguiente sección que se refiere a la política de asistencia de adictos.

## 4. Política de asistencia de adictos

La atención, cuidado y asistencia de los usuarios problemáticos de drogas es uno de los elementos fundamentales de la política holandesa, cuyo objetivo principal es minimizar el riesgo asociado al consumo y el daño que ello genera a la persona, su entorno y la sociedad.

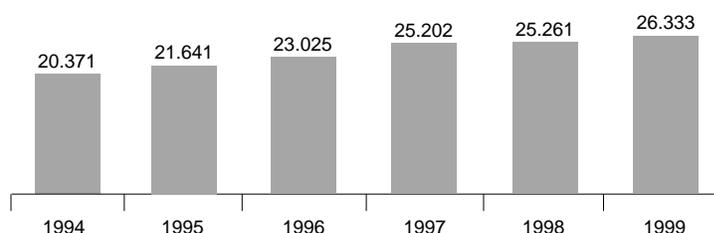
El objetivo es proveer de atención diferenciada y accesible a todos los que la necesiten, para lograr la integración social de los adictos. Para ello, además de tratar la dependencia propiamente tal, el sistema se hace cargo del resto de los problemas sociales que suelen venir aparejados con el abuso de sustancias como son la carencia de hogar, de educación o trabajo. Dentro de las funciones de este sector también está la asistencia a los detenidos, procesados y condenados que tienen problemas de adicción. Además, se desarrollan programas “a medida” para atender a grupos de riesgo particular, como las minorías étnicas, las prostitutas o los drogadictos sin hogar.

Para ello, el país cuenta con una extensa red de instituciones médicas y sociales dedicadas a la asistencia y al tratamiento del uso problemático de alcohol, drogas y medicamentos. Se calcula que la red establece contacto con entre el 70% y el 80% de los adictos. Una parte importante de ellas ofrece programas cuyo objetivo es terminar con el hábito y lograr que el paciente no vuelva a consumir. Sin embargo, la abstinencia no es la única meta que se persigue: para aquellos que no pueden o no quieren dejar las drogas, existen otros programas que buscan limitar el deterioro de su salud y mejorar sus condiciones de vida. Estas iniciativas se agrupan bajo el concepto de “reducción de daño”.

En los Países Bajos, la mayoría de las personas que demandan asistencia lo hacen en algún tipo de modalidad ambulatoria, siendo menos requeridas las intervenciones que suponen la internación del paciente. Las estadísticas disponibles señalan que en ambos sistemas el número de ingresados ha tendido al alza. 20.375 personas ingresaron a algún tipo de tratamiento no residencial en 1994, mientras que en 1999 lo hicieron 26.333 personas (ver Gráfico N°1). Los datos sobre el número de episodios registrados por personas que ingresaron a algún tipo de centro residencial por problemas de drogas sólo están disponibles entre 1990 y 1996, y en ellos también se observa una evolución positiva, pasando desde 2.768 a 4.587<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> A diferencia de los datos sobre tratamiento ambulatorio, los datos para modalidades residenciales se contabilizan sobre la base de la cantidad de episodios y no de personas.

**Gráfico N°1** Evolución de la cantidad de personas registradas en modalidades de tratamiento no residencial, Países Bajos, 1994 – 1999



Fuente: The Netherlands Drug Situation 2000, Trimbos Institute, diciembre 2000.

Cabe destacar que la gran mayoría de las personas que se someten a tratamiento lo hace por abuso de opiáceos, tanto en programas residenciales como en intervenciones que no requieren de la internación del paciente.

### A. Instituciones de asistencia de adictos

La Asociación Holandesa de Organizaciones de Atención de Adictos (NeVIV) es la entidad que agrupa a todas las agencias que trabajan en el área. Éstas pueden ser clasificadas en cuatro:

- *Centros para Adictos a Alcohol y Drogas (CADS)*: son organizaciones independientes que proveen atención ambulatoria a los usuarios problemáticos. Su trabajo incluye programas de distribución de metadona<sup>8</sup>, asistencia social, apoyo para dejar el hábito, psicoterapia y provisión de refugio para las crisis.
- *Centros de Orientación Social de Atención de Adictos*: entregan atención social y, por lo general, están enfocados a grupos específicos de riesgo, como, por ejemplo, prostitutas adictas a la heroína. Este sector se caracteriza por una oferta de atenciones extensiva y accesible, lo que incluye distribución de metadona, trabajo en las esquinas, centros diurnos de atención, hospedaje supervisado y programas de prevención del SIDA, entre otros.
- *Facilidades clínicas*: estas entidades ofrecen tratamientos intramuros que van desde breves desintoxicaciones (de hasta 3 semanas), admisiones de corto plazo (de hasta 3 meses) y admisiones de largo plazo (hasta 1 año). Los tratamientos más largos por lo general se dan en comunidades terapéuticas, que ofrecen programas intensivos.

<sup>8</sup> Más adelante se señala en qué consiste este programa.

Algunas de estas clínicas brindan también tratamiento ambulatorio, dedicado principalmente al cuidado posterior de sus pacientes. Una de las principales metas del tratamiento en clínicas es lograr la abstinencia, pero en los últimos años también se han orientado hacia el logro de objetivos menos ambiciosos como es la estabilización del consumo.

- *Otras:* además de las organizaciones recién mencionadas que trabajan exclusivamente con adictos, otras instituciones los atienden dentro de un campo de acción más amplio; entre ellas, los hospitales, los centros de cuidado de salud mental y organizaciones de beneficencia. También existen grupos de autoayuda de ex-adictos, como Alcohólicos Anónimos. Estos últimos juegan un papel muy importante en la detección de los dependientes y en su referencia a entidades especializadas cuando corresponde. Además, ayudan a los pacientes a readaptarse después del tratamiento.

## **B. Programas de asistencia de adictos**

Los programas de asistencia de adictos pueden ser agrupados en tres categorías, según la población objetivo a la que se orientan. La primera agrupa los programas destinados a personas con carencias sociales generales, además de problemas de adicción. Son iniciativas de carácter social que apuntan a subsanar las necesidades en su conjunto. El segundo grupo está formado por los programas de asistencia de adictos propiamente tales. Entre ellos destacan la administración de metadona y los tratamientos residenciales. Por último, hay una tercera categoría de programas, destinados a personas en conflicto con la justicia –detenidos, procesados y condenados- que presentan problemas con las drogas. El objetivo, en este caso, es la rehabilitación, e incluye iniciativas como la atención inmediata a los detenidos en las estaciones policiales y programas en los centros de reclusión. Uno de los principios que guían esta línea de acción es la reducción de la molestia social que los adictos ocasionan. Se sabe que un número pequeño de dependientes de drogas duras causa una fracción importante de los delitos (para conseguir la droga) y de los disturbios públicos (comportamiento grosero, tirar jeringas usadas en la calle, etc.). Si al ser detectados por el sistema los adictos reciben el tratamiento adecuado y logran rehabilitarse en algún grado, se evita que ellos vuelvan a causar molestia social.

A continuación se exponen algunos programas que se han desarrollado en las tres áreas de asistencia de adictos mencionadas.

### **a. Programas de asistencia social**

- *Atención de minorías, atención de jóvenes y asistencia social:* son programas generales, destinados a atender las carencias de grupos determinados de riesgo. Entre ellos están los planes de ayuda para los hijos de inmigrantes que tienen problemas de lenguaje e integración, además de ser adictos. Para ellos existen entidades especializadas, para evitar que se sientan intimidados en programas “para blancos”.

- *Asistencia a jóvenes, hospedaje supervisado y alojamiento social:* corresponde a un conjunto de programas que ofrecen ayuda a jóvenes y adultos que, por variados motivos -entre ellos, la adicción-, no están capacitados para comportarse adecuadamente sin supervisión. Hay iniciativas extramuros e intramuros. En los hospedajes supervisados viven personas que están siendo tratadas por problemas mentales o ex – adictos que han finalizado recientemente el tratamiento.
- *Mediación para obtener empleo:* tanto la educación como el trabajo son importantes herramientas para promover la integración social. Por ello, se están desarrollando programas cuyo objetivo es que estas personas obtengan un empleo.

#### **b. Programas directos de atención de adictos**

- *Centros Motivacionales Residenciales (IMCs):* son centros clínicos de atención de adictos a los cuales se puede ingresar voluntariamente o mediante el sistema judicial. IMCs trata de llegar a dependientes que no están motivados a participar de tratamientos largos y que, por lo mismo, raramente piden ayuda. Son admitidos por un período de tres meses, tiempo que les sirve para reflexionar en un ambiente relativamente protegido y pacífico. El objetivo es promover un estilo de vida equilibrado. Para ello, se trabaja en el fortalecimiento de habilidades sociales generales y en capacitación laboral. Durante el período en que los adictos están en los centros, se pretende armonizar sus habilidades y necesidades con las exigencias de un tratamiento de modo que éste tenga más probabilidades de ser exitoso.
- *Trabajo en las esquinas / establecer contacto:* consiste en acercarse a los adictos y ofrecerles ayuda, lo que generalmente implica proveer información, hacer un diagnóstico general de la situación, realizar algunas intervenciones de corto plazo y, cuando es posible, referirlos hacia las entidades correspondientes. En algunos casos también se les ofrece hospedaje. Este tipo de iniciativas tiene como uno de sus objetivos reducir la molestia social que provocan los adictos.
- *Unidades de desintoxicación:* son centros cuyo objetivo principal es proveer alivio de corto plazo en las crisis, desintoxicación física y motivar a los adictos para que busquen ayuda. La permanencia promedio en estas unidades es de cinco semanas.
- *Refugios diurnos, refugios nocturnos, hospedaje supervisado:* en los Países Bajos están disponibles centros de acogida para adictos que no están listos para recibir tratamiento y que requieren de un lugar para quedarse. Uno de los objetivos de la provisión de refugios es evitar la molestia social que generarían estas personas si permanecieran en las calles.
- *Distribución de metadona:* comenzó en 1968 y hoy es uno de los programas de atención a adictos más conocidos de los Países Bajos. La metadona es una sustancia sintética derivada del opio, que sirve para tratar dependientes a la heroína. Existen

dos tipos de programas: de reducción de uso y de mantenimiento. En el primero, se administra la sustancia para aliviar el síndrome de privación producto del cese o reducción del uso de heroína. La dosis se va reduciendo gradualmente por un período de entre uno y seis meses, hasta lograr la abstinencia, meta de este tipo de programas. Los de mantenimiento, por su parte, no aspiran al cese del consumo, sino a evitar el deterioro progresivo del adicto y a establecer contacto con él. Así, el sistema puede ofrecer una gama más amplia de asistencia, lo que incluye prevención de enfermedades como SIDA, tuberculosis y hepatitis. Estos programas también se desarrollan dentro de las cárceles. Se estima que alrededor de 13.500 adictos a opiáceos reciben metadona en los Países Bajos y que el 95% de la metadona que se administra es para programas de mantenimiento<sup>9</sup>.

- *Distribución de heroína:* consiste en la entrega de heroína bajo prescripción médica a los adictos crónicos a esta droga que no han tenido éxito con los programas de sustitución con metadona. Es una iniciativa relativamente nueva en los Países Bajos. En 1995, el vicepresidente del Consejo de Sanidad entregó al Ministro de Salud, Bienestar y Deporte un informe que recomendaba iniciar experimentos en esta área. En 1998, algunas ciudades comenzaron a desarrollar programas piloto cuyo objetivo fue determinar si la administración de heroína a adictos crónicos que no responden adecuadamente a los programas tradicionales de asistencia, puede mejorar su salud - física y mental- y su comportamiento social. En la primera etapa, participaron 50 personas mayores de 25 años con al menos 5 años de adicción y que hubieran estado previamente en programas de sustitución. Tras su evaluación, el programa piloto se amplió a 750 personas. En marzo de 2002, el gobierno holandés aprobó la distribución de heroína bajo prescripción médica para los adictos crónicos, como “una solución para mejorar su situación”.
- *Programas de canje de jeringas y agujas:* en varios lugares (farmacias, centros de atención de adictos, buses especialmente acondicionados, etc.) se desarrolla esta iniciativa, mediante la cual los adictos que se inyectan pueden intercambiar las jeringas usadas por nuevas de forma de evitar que éstas sean compartidas por distintos usuarios y que se expandan enfermedades como el SIDA o la hepatitis. En Amsterdam existen más de 15 puntos de canje, donde es posible intercambiar una jeringa usada por una nueva y esterilizada, sin costo. Este programa empezó en 1987 y llegó a su máxima cobertura en 1992, año en que se canjeó más de 1 millón de jeringas. Desde ese año, los intercambios comenzaron a decaer, y en 1997 el número llegó a 450.000. La declinación se debe a la mortalidad de la población de consumidores que se inyectan, el menor número de extranjeros usuarios en la ciudad y el cambio en el método de administración hacia el consumo oral.

<sup>9</sup> Fuente: National Drug Monitor, “Annual Report 2001”.

### c. Programas de asistencia de adictos en conflicto con la justicia

- *Departamentos de Orientación para Adictos (VBAs)*: es un programa “libre de drogas” que se desarrolla en los centros de reclusión para adictos. El objeto es motivar a los dependientes privados de libertad a aceptar ayuda y prepararlos para recibir tratamiento y rehabilitación. Además de proveerles un ambiente sin drogas, el programa proporciona atención médica y social, y un plan diurno con actividades deportivas, de trabajo y grupos de discusión. El programa es voluntario, pero quienes aceptan deben desear dejar las drogas, estar dispuestos a someterse a tests de orina y participar en las actividades que se ofrecen.
- *Centro Penitenciario de Atención de Adictos (SOV)*: aunque funcionaban antes, la ley que reguló estas instituciones fue promulgada en el año 2001. Ella estableció que aquellas personas con un historial importante de comisión de delitos relacionado con su condición de adictos y que no han logrado superar la dependencia mediante el sometimiento voluntario a tratamiento pueden ser enviados por las cortes a instituciones penales especialmente diseñadas para proveer tratamiento. La duración máxima de la intervención es de dos años.
- *Sistema de Intervención Temprano*<sup>10</sup>: el grupo objetivo de este programa son personas que han sido adictas por mucho tiempo y que han cometido varios delitos. Bajo ciertas circunstancias y si la corte aprueba la suspensión de la detención, a algunos de los reclusos se les ofrece elegir entre un programa de atención o permanecer recluso. Si elige lo primero, un delegado diseña un plan individual de trabajo -que usualmente incluye tratamiento-, el cual debe ser cumplido por el adicto. En caso contrario, un juez independiente revisa el caso y puede revocar la orden.
- *Clínica Forense de Adicción (FVK)*: abierta en 1998, recibe a reclusos reincidentes que no han tenido éxito en programas regulares de tratamiento. Ellos son sometidos a un programa consistente en tres etapas que van dando progresivamente más libertad al adicto. La primera es completamente residencial, la segunda semirresidencial y la tercera es de resocialización, una vez que la persona ya ha obtenido su libertad.
- *Sentencias consistentes en “tarea”*: en casos de infracciones menores, la corte puede imponer una sentencia de “tarea” consistente en trabajo comunitario, tratamiento, educación o una combinación de ellas.

<sup>10</sup> Cuando se habla de intervención temprana, no se hace referencia a la etapa en el consumo ni en el número de ofensas cometidas por el adicto, sino que se refiere a la etapa del proceso judicial en que el ofensor por drogas es diferenciado del resto. En este caso la intervención es temprana, ya que desde el principio los acusados son procesados por un sistema distinto.

## 5. Políticas de control

En los Países Bajos, el uso de drogas no es considerado una infracción. La posesión, fabricación, distribución y venta de drogas sí son ilegales. Se exceptúan los casos cuyos fines son médicos, veterinarios, de instrucción e investigación, para los cuales se debe obtener un permiso. Aunque todas estas acciones son punibles, en el momento de establecer las sanciones aplicables y las prioridades en cuanto a los recursos destinados a su persecución<sup>11</sup>, se distingue entre posesión para consumo propio y para comercialización y entre drogas blandas y duras.

La diferencia entre drogas duras y blandas se consignó en 1976 y se hace en función del riesgo asociado a su consumo. Mientras las primeras involucran un “riesgo inaceptable para la salud pública”, las segundas no. Son drogas blandas las derivadas del cannabis (marihuana y hachís) y duras todas las demás (cocaína, LSD, heroína, éxtasis, etc.). Uno de los principios que rige la acción en este campo es que la intervención judicial no debe causar más daño a los usuarios de drogas que la droga misma.

El Ministerio Público es la entidad encargada de hacer cumplir la Ley de Narcóticos, para lo cual ha desarrollado recomendaciones y directrices para guiar la investigación y persecución de los ilícitos contenidos en dicho cuerpo legal. Otras entidades que juegan un papel importante en la investigación de los delitos son: (i) las autoridades de Aduana, (ii) las fuerzas policiales regionales (que son 25) y el Servicio Nacional de Fuerzas Policiales, y (iii) las Unidades Especiales de Inteligencia Criminal y el Servicio Nacional de Inteligencia Criminal.

### A. Drogas blandas:

El ícono de la política de control de drogas holandesa son los *coffeeshops*. Éstos son locales en los cuales se permite la venta para el consumo propio de pequeñas cantidades de marihuana y hachís, bajo ciertas condiciones claramente establecidas. En su mayoría son locales pequeños, que parecen, efectivamente, un café. Según la definición del Ministerio Público, en ellos no se vende alcohol. La oferta incluye una gran variedad de marihuana y hachís de diversos países de origen y calidad<sup>12</sup>. El año 2000 habían 813 *coffeeshops* en el país, con cerca de la mitad de ellos ubicada en las 4 principales ciudades: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag y Utrecht. El 81% de los pueblos holandeses no tiene ninguno de estos locales y la cantidad de ellos ha ido declinando desde 1995, año en que había alrededor de 1200<sup>13</sup>. Esto se explica, en parte, por la Política contra la

<sup>11</sup> Ver sección sobre legislación y aplicación de la ley.

<sup>12</sup> Existe una inconsistencia respecto de los *coffeeshops* llamada “el dilema de la puerta de atrás” y que se refiere a la manera en ellos que se abastecen. Esto, porque la persecución de productores de gran escala, importadores y traficantes tiene alta prioridad por lo que, aunque se tolera la venta para consumo y la mantención de un stock de hasta 500 gramos, la política no hace referencia a cómo se consigue la mercancía.

<sup>13</sup> Fuentes: National Drug Monitor, “2001 Annual Report” y “Cannabis Policy: update 2000” factsheet.

Molestia Pública que comenzó a ser aplicada ese año. Como parte de ella, el gobierno central ha apoyado a las municipalidades en la reducción del número de *coffeeshops*, en conjunto con el Ministerio Público y la policía. Es cada vez más frecuente ver municipalidades que introducen medidas administrativas para prevenir y combatir la molestia pública asociada a estos locales y la gran mayoría de ellas ha desarrollado una política sobre *coffeeshops*. En términos gruesos, hay tres tipos de políticas: prohibición total, permiso bajo ciertas condiciones suplementarias (restricciones de horario o cantidad máxima de locales) y permiso sin condiciones adicionales a las generales.

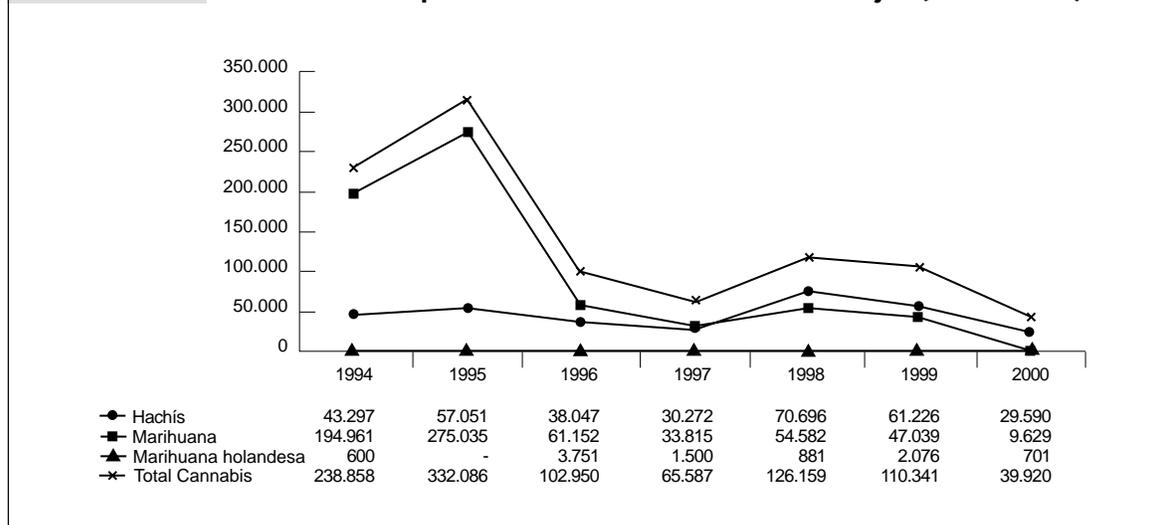
Todos los *coffeeshops* deben cumplir con ciertos requisitos, conocidos como “Criterio AHOJ-G”, que son: (i) no publicidad, (ii) no venta de drogas duras, (iii) no causar molestia pública. (iv) no admisión de menores de edad (bajo 18 años), y (v) no venta de grandes cantidades (más de 5 gramos<sup>14</sup>) por transacción.

El 21 de abril de 1999 entró en vigencia el artículo 13b de la Ley de Narcóticos, conocido como “Ley de Damocles”, el cual entrega facultades adicionales a las municipalidades para hacer frente a la molestia pública asociada a los *coffeeshops* y a otros puntos ilegales de venta de drogas.

¿Por qué, si es ilegal la venta de drogas, existen los *coffeeshops*? La respuesta de las autoridades holandesas es la siguiente: al tolerar la existencia de algunos puntos de venta controlados de marihuana y hachís, se logra separar el mercado de drogas blandas y duras, evitando que los consumidores de las primeras entren en contacto con los proveedores de sustancias más dañinas. Se argumenta que, de haber algo de cierto en la idea de la marihuana como puerta de entrada a drogas más duras, esto se debe a que, en la mayoría de los países, ambos mercados están unidos, y no a las características farmacológicas del cannabis, como a veces se señala. Por ello, esta política apunta a prevenir el consumo de drogas duras, en usuarios (primerizos o regulares) de cannabis. Debido a que se tolera de facto la venta para consumo propio de drogas blandas, todos los recursos se concentran en la represión del tráfico a gran escala, principalmente de drogas duras. Se persiguen principalmente las bandas criminales organizadas que se dedican al narcotráfico dentro de los Países Bajos o internacionalmente. Con todo, las penas son más bajas cuando la sustancia en cuestión es marihuana o hachís, y la prioridad para la investigación y persecución de esos delitos también es menor, en comparación con el comercio de drogas duras.

En el siguiente cuadro se presentan las incautaciones de productos de cannabis desde el año 1994 hasta 2000, en el cual se observa una disminución de las cantidades confiscadas.

<sup>14</sup> Hasta el año 1995, el límite eran 30 gramos.

**Gráfico N°2 Incautaciones de productos de cannabis en los Países Bajos (1994 – 2000)**

Fuente: National Drug Monitor, "2001 Annual Report"

Suponiendo constante el nivel de represión del tráfico, los resultados estarían indicando una menor cantidad de derivados de cannabis en el país, lo que se condice con la reducción del número de *coffeeshops* y la baja en el consumo registrada desde 1996 en los jóvenes.

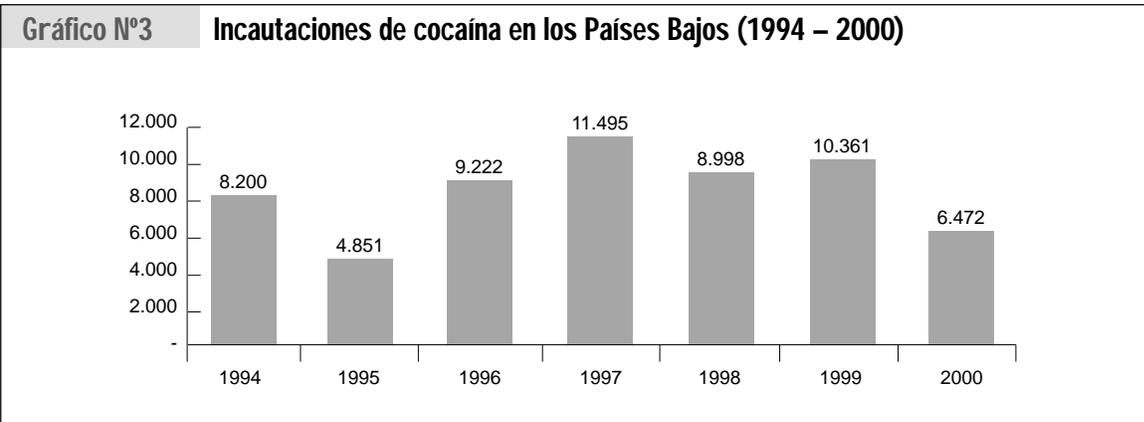
## B. Drogas duras:

Como se ha mencionado, en cada uno de los delitos relacionados con las drogas (posesión, venta, etc.) las penas factibles de ser aplicadas son más altas cuando se trata de las llamadas drogas duras (heroína, éxtasis, LSD, etc.) que cuando se refieren a las blandas.

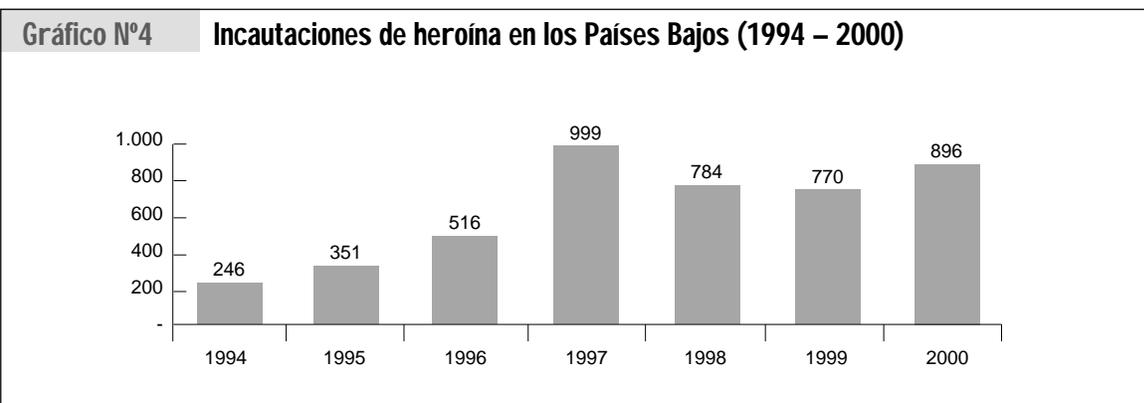
El foco de la política de control de drogas duras ha cambiado en el último tiempo desde la heroína al éxtasis, la principal droga sintética que se consume en el país. Esto, porque el número de adictos de opiáceos se ha mantenido estable ya por varios años y porque la edad promedio de ellos ha aumentado sistemáticamente, lo que sugiere que, prácticamente, no entran jóvenes a esta categoría, sino que más bien se mantienen los mismos, que han ido envejeciendo. En 1997 se creó la Unidad de Drogas Sintéticas (USD), que es una alianza entre departamentos de investigación existentes orientada específicamente a combatir la producción y comercio de éxtasis, anfetaminas y otras drogas sintéticas. La unidad es dirigida por el Fiscal Nacional y el jefe de la policía. Entre sus principales objetivos destacan: mejorar la información y coordinación nacional sobre las drogas sintéticas, apoyar a los fiscales y a la policía en sus investigaciones, e iniciar investigaciones criminales de carácter nacional e internacional en forma independiente o en colaboración con otras agencias.

En los últimos años, Aduana ha modernizado significativamente los métodos para controlar el paso de drogas desde y hacia los Países Bajos. Desde principios de 1999 se están usando *scanners* con rayos X para examinar los contenedores.

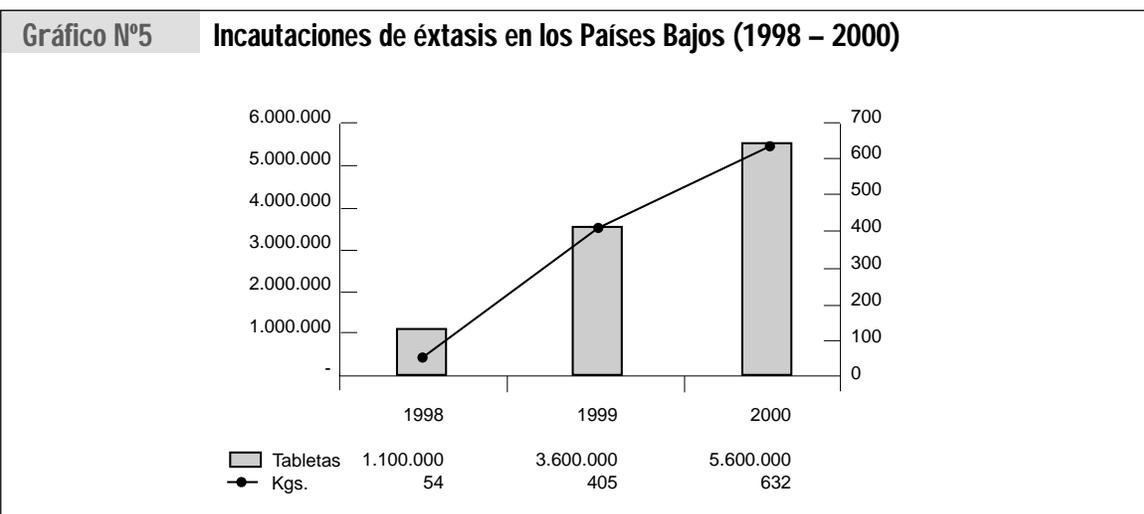
A continuación se presentan las incautaciones de las principales drogas duras.



Fuente: National Drug Monitor, "2001 Annual Report"



Fuente: National Drug Monitor, "2001 Annual Report"



Fuente: National Drug Monitor, "2001 Annual Report"

Tanto las incautaciones de cocaína como las de heroína llegaron al máximo el año 1997, para seguir fluctuando posteriormente bajo ese nivel. Respecto del éxtasis, en cambio, ha habido un aumento considerable. Entre 1998, primer año del que se dispone de estadísticas, y 2000, el número de tabletas incautadas creció en más de 400%.

Otro indicador que puede ser considerado como referencia en relación con control de la policía sobre los delitos relacionados con drogas, es la proporción de aprehensiones realizados por este motivo. En esta materia, de la población total de reclusos en los Países Bajos durante el año 2001 (12.410 personas), el 19% correspondió a personas acusadas de delitos de drogas. De ellos, casi la mitad se encuentra en condición de procesado, aún sin una condena definida. Por su parte, los condenados se componen en su mayoría por personas sentenciadas a penas de entre 1 y 4 años de presidio.

## 6. Aspectos internacionales

Existe amplio consenso respecto de que el problema de la droga traspasa fronteras, por lo que es necesario crear instancias de coordinación y colaboración entre países, sin perjuicio de que las acciones concretas en cada nación deben ajustarse a la realidad y a los problemas locales. En este contexto, los Países Bajos mantienen relaciones bilaterales con algunos países, entre los que destacan los fronterizos, y relaciones multilaterales en la Unión Europea y las Naciones Unidas.

Uno de los temas que se aborda con los países limítrofes es el del narcoturismo que se refiere a los extranjeros que llegan a las grandes ciudades y a los pueblos fronterizos de los Países Bajos en busca de droga<sup>15</sup>. Como muchas veces los foráneos no están interiorizados en las leyes y convenciones holandesas, su comportamiento causa molestia social y, a veces, delitos. La colaboración entre países ha avanzado en la línea de fomentar que en los estados vecinos exista adecuada oferta de tratamiento de adictos, de modo que ellos puedan ser atendidos en su país de origen; se pretende lograr que los dependientes foráneos que están en los Países Bajos vuelvan a sus países a recibir allí la asistencia que requieren. Esto se aplica a quienes no han cometido delitos en los Países Bajos. Los que sí lo hacen, son deportados en estrecha colaboración con el gobierno del país respectivo.

En el ámbito de la Unión Europea, los países miembros se reúnen periódicamente para tratar el tema de las drogas y se establecen planes de acción conjunta que tienen relación -entre otros puntos- con el combate al narcotráfico y el intercambio de información. Al respecto, destaca la creación en 1995 del Observatorio Europeo de las Drogas y las

<sup>15</sup> Los extranjeros compran droga para consumo propio pero también para introducirla ilegalmente en sus países de origen. Una de las razones por las que se redujo la cantidad máxima de cannabis que se puede adquirir en un coffeeshop desde 30 gr a 5 gr fue desincentivar esto último.

Toxicomanías, cuya meta es proveer a los países miembros de datos objetivos, confiables y comparables en el nivel europeo sobre el fenómeno de las drogas, la adicción y sus consecuencias. Además, los Países Bajos participan en el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, una instancia de trabajo permanente para debatir sobre las políticas internacionales de droga. En la actualidad hay 27 países europeos miembros y varias organizaciones internacionales que participan en las reuniones.

Como miembro de las Naciones Unidas, los Países Bajos participan del Programa de Control de Drogas Internacional (UNDCP), la agencia ejecutiva de dicha entidad para el combate contra las drogas. El programa asiste a los países en la implementación de los tratados de drogas de las Naciones Unidas y en el desarrollo de las políticas nacionales, a la vez que impulsa proyectos particulares en países en desarrollo. Debido a que los Países Bajos aportan una cantidad de recursos sustancial, participan en las reuniones de los “Principales Donantes” en las que se discute el plan general de la agencia.

Por último, existe un trabajo constante de intercambio de experiencias y colaboración con las Antillas Holandesas y Aruba.

Cabe destacar que uno de los objetos de la política internacional holandesa relativa a las drogas consiste en dar a conocer la estrategia nacional de modo de aportar al debate y evitar que sea mal interpretada.

## VI. PRESUPUESTO

Existe muy poca información disponible sobre el gasto que la política de prevención y control de drogas le significa anualmente al Estado. La información más completa es la que entrega el Instituto Trimbos, encargado de reportar en esta materia al EMCDDA, organismo de la Unión Europea para el tema drogas. En su informe anual “Situación de la Droga en los Países Bajos” del año 2000 se presentan datos parciales que no permiten establecer el monto total de gasto público para la política sobre drogas. La información corresponde al año 1997 o 1998 según la partida, y no se presenta ninguna serie de tiempo para analizar la evolución.

Dicho lo anterior, a continuación se reproducen los antecedentes disponibles:

- (i) Prevención:** no hay información disponible.
- (ii) Asistencia de adictos:** entre 175 y 200 millones de euros<sup>16</sup>, incluyendo asistencia de drogodependencias y alcoholismo. La asignación de estos recursos en las distintas áreas de asistencia incluye, entre otros: 59 millones (34%) en centros de tratamiento residencial, 2,3 millones (1,3%) en programas de mantención de metadona, 15 millones (8,6%) en los departamentos de atención de adictos de los hospitales psiquiátricos y 60 millones (34,3%) son traspasados desde el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte a las municipalidades para que desarrollen programas ambulatorios de asistencia de adictos, actividades de reducción de daños e iniciativas preventivas.
- (iii) Control:** los costos de aplicación de la ley en materia de drogas se desconocen, pero han sido estimados en 290 millones de euros anuales. Entre los principales ítem incluidos en esta parte del presupuesto se encuentran:

<sup>16</sup> Paridad al 30 de Diciembre de 2002: 0,9604 euros por dólar.

68 millones (23%) que corresponden al gasto de las policías y 210 millones (72%) al sistema de justicia criminal, lo que incluye a las fiscalías, las cortes y los recintos penitenciarios.

## VII. RESULTADOS OBTENIDOS

La principal meta de la estrategia sobre drogas holandesa es minimizar los riesgos asociados a su uso para el individuo, su entorno próximo y la sociedad. Lamentablemente, resulta difícil evaluar el grado de avance en su logro, por cuanto no existe un indicador objetivo de dicho riesgo (como sí lo hay, por ejemplo, para medir la reducción en el nivel de consumo). La estrategia tampoco precisa los resultados concretos que se esperan, en términos cuantificables y con plazo determinado. Así, por ejemplo, aunque se explicita que se desea reducir el intercambio de jeringas entre usuarios, no se precisa en qué porcentaje ni en cuántos años se debe lograr.

Con todo, a continuación se presentan algunas estadísticas tomadas principalmente del Informe Anual del Monitor Nacional de Drogas correspondiente a 2001, en las que se observa cómo han evolucionado el consumo de drogas y otros indicadores, con el objeto de evaluar los logros de la estrategia.

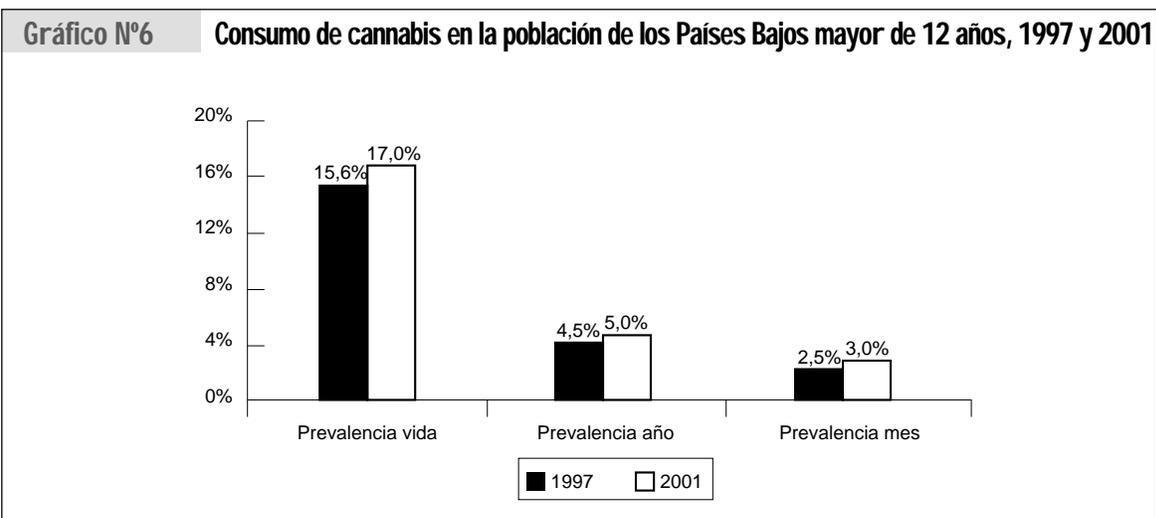
### 1. Drogas blandas: marihuana y hachís

La primera encuesta nacional sobre consumo de drogas en la población total nacional (mayores de 12 años) se realizó en 1997. La segunda y última medición es del año 2001, por lo que sólo se dispone de estos dos valores para analizar la evolución del indicador. Las encuestas tienen diferencias metodológicas, pero se estima que los resultados son comparables, según algunos chequeos realizados por los investigadores<sup>17</sup>.

En términos generales y considerando la muestra para todo el país, los resultados indican un aumento en el consumo de cannabis. El porcentaje de

<sup>17</sup> Para más detalles, consultar la fuente original: "Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands", CEDRO.

encuestados que declara haber consumido la sustancia alguna vez en la vida, durante el último año y durante el último mes es superior en todos los casos en la medición del 2001 que en la de 1997. Los datos aparecen en el Gráfico N°6.



Fuente: Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands 2001, CEDRO

Este mismo estudio señala que la evolución al alza se ha registrado en prácticamente todo el país, y que el grupo etéreo que más consume es el de 20 a 24 años, el cual ha registrado también el mayor incremento porcentual. La tasa de continuación año<sup>18</sup> se mantuvo estable, y la tasa mensual aumenta. La fracción de consumidores experimentados (aquellos que han consumido 25 veces o más, sobre la base de los que han consumido alguna vez), se ha mantenido estable, mientras que el porcentaje de quienes consumen frecuentemente (más de 20 días al mes) ha tendido a bajar. Por su parte, la incidencia (fracción del total de encuestados que comenzó a consumir el año previo a la encuesta) ha evolucionado a la baja, y la edad de inicio en el consumo se ha mantenido constante.

En síntesis, de las encuestas nacionales de 1997 y 2001 se puede concluir que el consumo de cannabis aumentó entre esos años en los Países Bajos, aunque hay algunos signos positivos, como la estabilidad en el número de consumidores experimentados y en la edad de inicio, y la baja registrada en la tasa de incidencia y en el consumo frecuente.

Para complementar la información anterior, se presentan a continuación los resultados de otras dos encuestas que han sido repetidas con mayor frecuencia: la encuesta para Amsterdam de la población mayor de 12 años (1987, 1990, 1994 y 1997) y la encuesta nacional escolar de jóvenes entre 12 y 18 años (1988, 1992, 1996 y 1999).

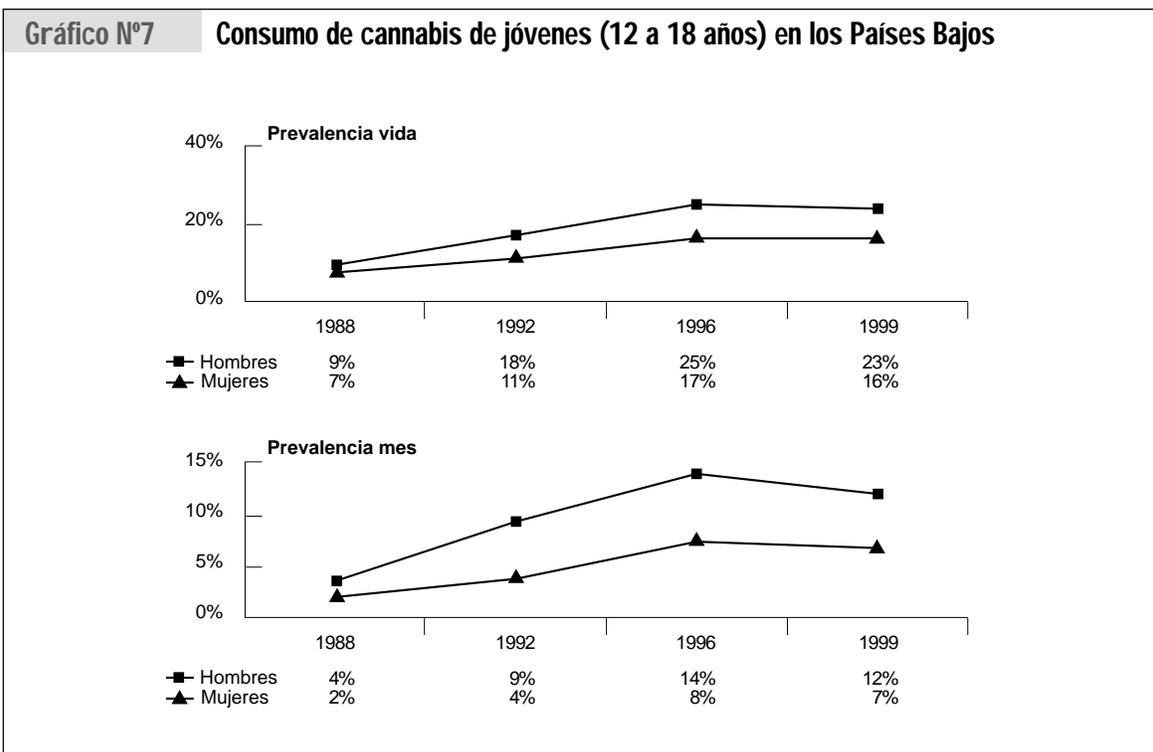
<sup>18</sup> La tasa de continuación año corresponde a las personas que consumieron durante el último año sobre los que han consumido alguna vez en la vida. La tasa de continuación mes es equivalente, pero referida al consumo durante el último mes.

Los resultados del estudio de Amsterdam indican que en esa ciudad el consumo aumentó sistemáticamente entre 1987 y 1997, según se observa en el Cuadro N°2.

<b>Cuadro N°2</b>		<b>Consumo de cannabis de adultos (mayores de 12 años) en Amsterdam</b>		
	<b>Prevalencia vida</b>	<b>Prevalencia año</b>	<b>Prevalencia mes</b>	
1987	23,2%	9,5%	5,6%	
1990	25,2%	10,2%	6,1%	
1994	29,8%	11,2%	7,2%	
1997	36,3%	13,1%	8,1%	

Fuente: Licit and Illicit Drug use In Amsterdam III, developments in drug use 1987 – 1997, CEDRO.

Por su parte, la encuesta en escolares muestra un quiebre de la tendencia alcista a partir de 1996, tanto para las mujeres como para los hombres, según muestra el Gráfico N°7.



Fuente: National Drug Monitor, "2001 Annual Report".

El cese de la escalada en el consumo escolar de cannabis en 1996 podría ser explicado en parte por el quiebre que experimentó la estrategia relativa a las drogas en 1995. Como se expuso anteriormente, ese año se publicó un documento que contenía la evaluación de la estrategia seguida hasta entonces y las directrices generales para la política sobre drogas de los años venideros. En él se señalaba que, no obstante los logros obtenidos, eran necesarios ciertos cambios para superar algunos problemas detectados<sup>19</sup>. Entre las nuevas medidas, se redujo la cantidad máxima de cannabis que se podía adquirir en los *coffeeshops*, desde 30 a 5 gramos, y se tomaron medidas para evitar la molestia pública que ellos ocasionaban. De hecho, desde 1995 ha ido decreciendo el número de *coffeeshops* existentes, en parte, debido a dichas medidas.

No existen series de tiempo para analizar cómo ha evolucionado el consumo problemático, que es el que más preocupa a las autoridades holandesas. La información oficial señala que el número total de usuarios de cannabis es del orden de los 320.000 y que, de ellos, entre 30.000 y 80.000 serían dependientes<sup>20</sup>. Por otra parte, la información más reciente sobre consumo de drogas (encuesta nacional 2001) sugiere que se habría estabilizado la fracción de consumidores experimentados y que habría bajado el uso frecuente (más de 20 días al mes).

Por último, no se han registrado muertes relacionadas directamente con el consumo de marihuana o, hachís hasta la fecha.

## 2. Drogas duras

Para analizar la evolución del consumo de drogas duras existen las mismas fuentes de información que para las drogas blandas: (i) encuesta nacional en población mayor de 12 años (1997, 2001), (ii) encuesta para Amsterdam en mayores de 12 años (1987, 1990, 1994 y, 1997) y, (iii) encuesta en escolares entre 12 y 18 (1988, 1992, 1996 y 1999).

Según la primera, el uso de las principales drogas duras aumentó entre 1997 y 2001 (Ver Cuadro N°3).

<sup>19</sup> Ver sección sobre evolución y fundamentos de la política.

<sup>20</sup> Fuente: Trimbos Institute, "The Netherlands Drug Situation 2000", report to the EMCDDA by the Reitox national focal point of The Netherlands, diciembre 2000.

**Cuadro N°3** Consumo de las principales drogas duras en la población de los Países Bajos mayor de 12 años, 1997 y 2001

	1997	2001
<b>Éxtasis</b>		
Prevalencia vida	1,9%	2,9%
Prevalencia año	0,7%	1,2%
Prevalencia mes	0,3%	0,5%
<b>Anfetaminas</b>		
Prevalencia vida	1,9%	2,6%
Prevalencia año	0,3%	0,5%
Prevalencia mes	0,1%	0,2%
<b>Cocaína</b>		
Prevalencia vida	2,1%	2,9%
Prevalencia año	0,6%	0,9%
Prevalencia mes	0,2%	0,4%
<b>Heroína</b>		
Prevalencia vida	0,3%	0,4%
Prevalencia año	0,1%	0,1%
Prevalencia mes	0,0%	0,1%

Fuente: Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands 2001, CEDRO.

En relación con otras sustancias y categorías -tabaco, sedantes, total de alucinógenos, total de opiáceos y LSD- se registraron bajas en las prevalencias de consumo.

Como resultado positivo, cabe destacar que la incidencia -es decir, la fracción que comenzó a consumir el año previo a la encuesta- se mantuvo estable o bajó en todas las drogas incluidas en el estudio, con excepción del éxtasis.

Por su parte, la encuesta para Amsterdam, la segunda fuente estadística, indica que entre 1990 y 1997 el consumo de drogas duras habría aumentado en la ciudad (Ver Cuadro N°4).

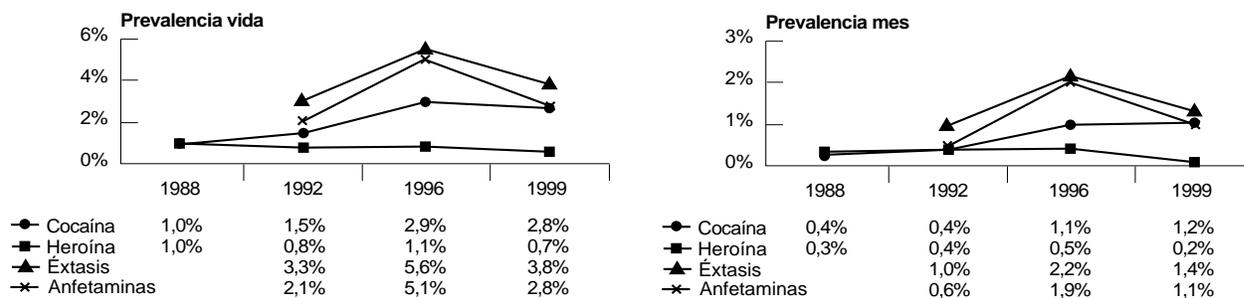
**Cuadro N°4 Consumo de drogas duras de adultos (mayores de 12 años) en Amsterdam**

	Prevalencia vida	Prevalencia año	Prevalencia mes
<b>Éxtasis</b>			
1987			
1990	1,3%	0,7%	0,1%
1994	3,3%	1,6%	0,7%
1997	6,9%	3,1%	1,1%
<b>Anfetaminas</b>			
1987	4,5%	0,6%	0,3%
1990	4,2%	0,5%	0,2%
1994	4,7%	0,5%	0,3%
1997	5,9%	0,9%	0,3%
<b>Cocaína</b>			
1987	5,7%	1,6%	0,6%
1990	5,7%	1,3%	0,4%
1994	7,0%	1,9%	0,8%
1997	9,3%	2,6%	1,0%
<b>Heroína</b>			
1987		0,3%	0,0%
1990	1,1%	0,1%	0,0%
1994	1,4%	0,3%	0,1%
1997	1,7%	0,5%	0,2%

Fuente: Licit and Illicit Drug use In Amsterdam III, developments in drug use 1987 – 1997, CEDRO.

La encuesta de escolares muestra el mismo quiebre de tendencia que el que se registra para el cannabis: el consumo aumentó entre 1996 y 1998 pero la baja en la medición de 1999 sugiere un quiebre en la tendencia alcista. Los datos se presentan en el Gráfico N°8.

**Gráfico N°8 Consumo de drogas duras de jóvenes (12 a 18 años) en los Países Bajos**

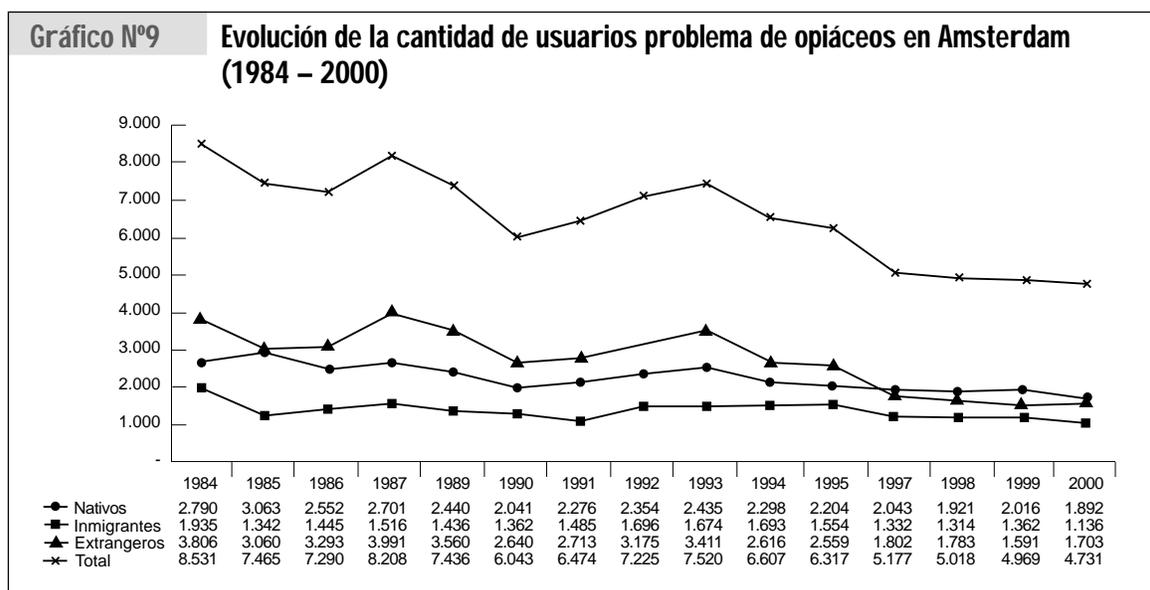


Fuente: National Drug Monitor, "Annual Report 2001".

Los datos para jóvenes indican que en 1996 se registraron los máximos en el consumo de éxtasis, anfetaminas, cocaína (incluye *crack*) y heroína. La medición de 1999 fue menor en todos los casos, lo que indicaría una estabilización o reducción. Este quiebre de tendencia también podría deberse a la revisión y fortalecimiento de la estrategia nacional a partir de 1995. Respecto de las drogas duras, comenzó a operar la Unidad de Drogas Sintéticas (1997), cuyo fin es el combate a la producción y el tráfico de éxtasis y otras drogas sintéticas, y se idearon nuevos programas de tratamiento para adictos a drogas duras, tanto para los que están en conflicto con la justicia como para los que no lo están.

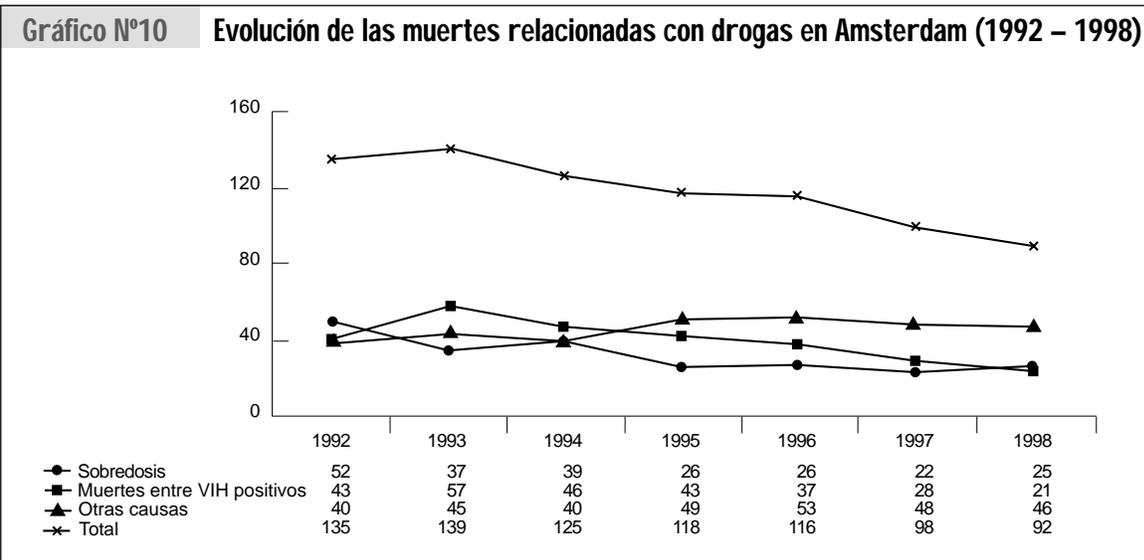
Respecto de los usuarios problema de drogas duras en los Países Bajos, se estima que el número de ellos estaría entre 25.000 y 29.000 y que se habría mantenido relativamente estable. Según los estudios, la mayoría consumiría más de un tipo de sustancia. Por ejemplo, entre el 80% y el 90% de los adictos a la heroína consume también cocaína, generalmente en forma de *crack*.

Más allá de la evolución de los indicadores de consumo, en el ámbito de la reducción de daños hay ciertas señales positivas que evidencian logros de la estrategia seguida por los Países Bajos en relación con las drogas duras, las cuales se exponen a continuación. En Amsterdam, el número de consumidores problema de opiáceos ha disminuido. El año 2000 la cifra llegó casi a la mitad de lo que era en 1984; aunque durante este período la cifra mostró fluctuaciones, se observa una tendencia a la baja, que después de 1992 se hace sistemática. Esto se debe, principalmente, a la disminución de los consumidores extranjeros, lo que responde a varios factores, entre ellos la reducción del precio de la heroína en Europa, el desarrollo de programas de asistencia de adictos en sus países de origen y las políticas internacionales implementadas en los Países Bajos para hacer que los adictos extranjeros vuelvan a sus países de origen (ver Gráfico N°9).



Fuente: National Drug Monitor, "Annual Report 2001".

Las muertes relacionadas con la droga también han disminuido en la ciudad capital. Como se presenta el Gráfico N°10, la cifra disminuyó desde 135 personas fallecidas en 1992 a 92 en 1998. Desagregando según la causa, los decesos por sobredosis y entre la población con VIH positivo también decayeron.



Fuente: The Netherlands Drug Situation 2000, Trimbos Institute, diciembre 2000.

Durante los últimos años, han disminuido los usuarios de droga que se inyectan, práctica riesgosa que favorece el contagio de enfermedades como el SIDA y la hepatitis. Lo anterior se evidencia en la baja que se ha registrado en el número de jeringas que se canjean en los programas de intercambio<sup>21</sup> y en investigaciones realizadas en algunas regiones del país (Ver Cuadro N°5).

<sup>21</sup> Ver sección sobre programas de asistencia de adictos.

**Cuadro N°5** Vía de administración de heroína y cocaína en Rotterdam y Parkstad Limburg\*

	Rotterdam		Parkstad Limburg	
	1995**	1998	1996	1999
<b>Heroína</b>				
Siempre se inyecta	34%	15%	33%	13%
Fuma y se inyecta		16%	33%	28%
Siempre fuma	62%	65%	34%	58%
<b>Cocaína</b>				
Siempre se inyecta	36%	5%	40%	4%
Fuma y se inyecta		14%	30%	17%
Siempre fuma	63%	79%	30%	78%

\* corresponde a usuarios diarios o casi diarios

\*\* Ese año la pregunta fue fuma o se inyecta

Fuente: The Netherlands Drug Situation 2000, Trimbos Institute, diciembre 2000

Además, han disminuido los que comparten jeringas usadas sobre el total de quienes se inyectan. En Amsterdam, Rotterdam y Arnhem también han disminuido los infectados con HIV, aunque en South Limburg se observa la tendencia contraria (Ver Cuadro N°6).

**Cuadro N°6** Fracción de usuarios que comparten jeringas usadas (al menos una vez durante los 6 meses previos a la encuesta) y que están infectados con HIV, sobre el total de quienes se inyectan\*

Lugar	Año estudio	% que comparte jeringas usadas	% infectado con HIV
Amsterdam	1993	18%	30%
	1996	18%	26%
	1998	12%	26%
Rotterdam	1994	18%	12%
	1997	11%	9%
South Limburg	1994	19%	10%
	1996	17%	12%
	1999	14%	14%
Arnhem	1991/92	42%	2%
	1995/96	39%	2%
	1997	16%	1%

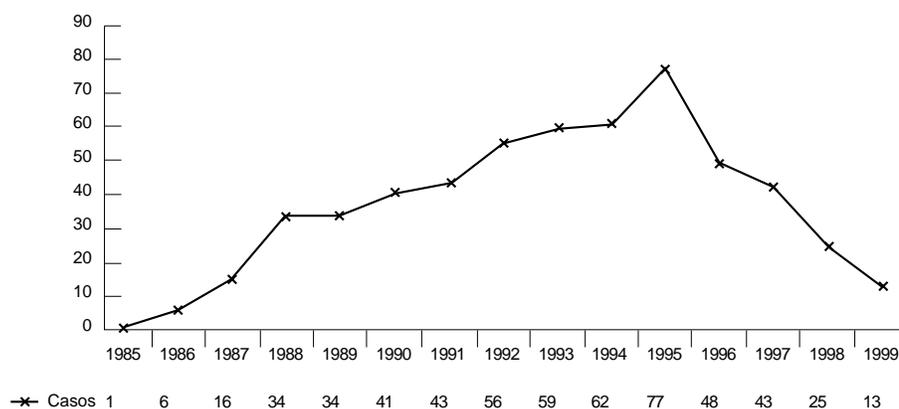
\* Una vez o más.

\*\* Una vez o más durante el mes anterior en quienes se inyectaron en los últimos seis meses.

Fuente: National Drug Monitor, "Annual Report 2001".

El número de casos de SIDA que han sido registrados entre los usuarios intravenosos de droga aumentó hasta 1995 y comenzó a descender a partir de ese año (Ver Gráfico N°11). Como proporción del total de casos registrados, los que corresponden a personas que se inyectan llegaron a ser 14% en 1995 y bajaron a 10% en 1999.

**Gráfico N°11** Evolución de los casos de SIDA registrados entre los usuarios intravenosos de drogas (1985 – 1999)



Fuente: The Netherlands Drug Situation 2000, Trimbos Institute, diciembre 2000.

Finalmente, es importante destacar que el éxito obtenido por los programas de reducción de daños -en términos de disminución en el consumo problemático de drogas, reducción en el número de muertes relacionadas con drogas, etc.- es algo positivo. Sin embargo, éste no se asocia con una reducción en el consumo de drogas. Si bien la encuesta de consumo escolar de drogas revela una reversión en la tendencia alcista en este grupo específico de la población, el consumo en la población general ha aumentado en los Países Bajos.

En síntesis, aunque los resultados sobre prevalencias son más bien negativos e indican un aumento del consumo, los indicadores de daño han mostrado una reducción durante los últimos años.

## VIII. COMENTARIOS FINALES

La política holandesa de control de drogas es innovadora en muchos aspectos y se considera la más progresista del mundo occidental. A continuación se exponen dos de los elementos que la distinguen de las de otros países.

- **Pragmatismo:** la política holandesa se construye a partir de lo observado, por sobre los ideales o la teoría, y se va ajustando según los resultados parciales que se van obteniendo. Este pragmatismo se refleja en la meta propuesta de reducción de daño, ya que se parte del hecho de que las drogas han estado presentes en todas las sociedades y se utiliza un enfoque de “normalización” -que considera el uso de sustancias como un problema social normal-, por lo que la estrategia no aspira a lograr una sociedad libre de drogas, sino que se propone metas menos ambiciosas y más realistas, como disminuir el daño que el abuso de drogas causa al consumidor y su entorno. También se refleja el pragmatismo en las modificaciones que se van introduciendo a la estrategia a lo largo de los años, ya que ellas siempre responden a los resultados obtenidos e intentan fortalecer aquellas áreas en las que se ha sido exitoso y enmendar el rumbo en aquellas en que las consecuencias no han sido las esperadas. Iniciativas como la distribución de heroína a los adictos se enmarcan en este contexto, en el que de la constatación de la molestia pública que causan unos pocos dependientes a la heroína que no responden exitosamente a los programas con metadona, surge la idea de suministrarles la droga. Se realizan varios programas piloto que, tras ser evaluados, dan paso al programa nacional.
- **Distinción entre drogas duras y blandas:** Los Países Bajos fueron pioneros en establecer una distinción legal entre diferentes tipos de droga según el daño que ocasionan. Según ella, son drogas duras “las que involucran un riesgo inaceptable para la salud pública” y blandas las que no lo hacen. Estas últimas corresponden a los derivados del cannabis: marihuana y hachís. La distinción se aplica a las penas factibles de ser aplicadas por un delito relacionado con drogas, a la prioridad que reciben dichos ilícitos en su persecución y a la forma en que se aborda su consumo en la estrategia. En realidad, la distinción alcanza todas las áreas de la política de drogas. Esta

innovación -muy acorde, por lo demás, con el enfoque pragmático seguido- ha sido imitada por varios países (Reino Unido, Irlanda, Italia, España<sup>22</sup>).

Por otra parte, la evaluación de la estrategia holandesa es difícil por los motivos que se exponen a continuación.

- **Carencia de objetivos medibles:** varios países -como Estados Unidos e Inglaterra, por ejemplo- estructuran su estrategia en torno a un número limitado de áreas de acción, en las cuales se establecen objetivos concretos, objetivos, medibles y con plazo definido. Ello facilita la coordinación entre las distintas agencias participantes en el tema y permite la evaluación. En el caso de los Países Bajos, no obstante, se definen objetivos buscados, pero éstos no se acompañan de metas concretas a lograr en determinado lapso de tiempo.
- **Faltan más estadísticas y estudios empíricos de representatividad nacional:** aunque se han hecho importantes avances, aún no existen series largas de estudios comparables, que permitan analizar, por ejemplo, la evolución del consumo de drogas. De hecho, la primera encuesta nacional sobre consumo se realizó en 1997 y fue repetida recién en el año 2001.

<sup>22</sup> Fuente: Auster, Joel y Thorel, Jerome (2000).

## IX. BIBLIOGRAFÍA

37. "Amsterdam Drug Policy" (2000). En [www.amsterdam.nl/e\\_citygovernment/policy/drugs.html](http://www.amsterdam.nl/e_citygovernment/policy/drugs.html).
38. Auster, Joel y Thorel, Jerome (2000); "Cannabis and Marijuana Laws and Law Enforcement Procedures in Europe: a Comparative Study; NORML Annual Conference de febrero de 2000. En [www.drugtext.org](http://www.drugtext.org).
39. Boekhout van Solinge, Tim (1999), "Dutch Drug Policy in a European Country". En [www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html](http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html).
40. CEDRO, "Licit and Illicit Drug Use in The Netherlands 2001"
41. ENCOD, "A Snapshot of European Drug Policy". En [www.encoded.org](http://www.encoded.org).
42. European Legal Database on Drugs, "Country Profile: The Netherlands". En [http://eldd.emcdda.org/databases/eldd\\_country\\_profiles.cfm?country=NL](http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_country_profiles.cfm?country=NL)
43. LADIS, "Key Figures outpatient Addiction Care 1999". En [www.ivv.nl](http://www.ivv.nl).
44. MacCoun, Robert J., "American Distortion of Dutch Drug Statistics". En [www.drugtext.org](http://www.drugtext.org).
45. Ministerio de Justicia de los Países Bajos, "Drug Policy". En [www.minjust.nl:8080/a\\_beleid/fact/cfact7.htm](http://www.minjust.nl:8080/a_beleid/fact/cfact7.htm).
46. Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte (1995), "La política holandesa de la droga: continuidad y cambio", Amsterdam.
47. Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, "Drug Policy in the Netherlands: Progress Report September 1997 – September 1999".
48. National Drug Monitor (1996), "Addiction Care and Assistance", *factsheet n°4*.
49. National Drug Monitor (1996), "Education and Prevention Policy Alcohol and Drugs", *factsheet n°5*.
50. National Drug Monitor (1997), "Drug Nuisance Policy", *factsheet n°6*.
51. National Drug Monitor (1998), "Drug Nuisance and Integrated Care", *factsheet n°8*.
52. National Drug Monitor (1998), "Drug Policy: the criminal justice and administrative authorities", *factsheet n°9*.
53. National Drug Monitor (1998), "Hard Drug Policy: update opiates", *factsheet n°10*.
54. National Drug Monitor (1999), "Hard Drug Policy: XTC update 1999", *factsheet*.
55. National Drug Monitor (2000), "Cannabis Policy: update 2000", *factsheet n°7*.
56. National Drug Monitor (2001), "2001 Annual Report", Utrecht, Países Bajos.

57. Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía (2001), "2001: Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea".
58. Reinerman, Craig (1998), "Why Dutch Policy Threatens the U.S.", *Het Parool*, 30 de julio de 1998, pg. 8.
59. Reinerman, Craig, "The Dutch Example Shows that Liberal Drug Laws can be Beneficial" en Scott Barbour (ed.), *Drug Legislation: Current Controversies*, San Diego, Greenhaven presee, pg. 102 – 108.
60. The Rt. Hon. Peter Lilley MP (2000), "Common Sense on Cannabis: the Conservative Case for Change", The Social Market Foundation.
61. Trimbos Institute, "The Netherlands Drug Situation 2000", *report to the EMCDDA by the Reitox national focal point of The Netherlands*, diciembre 2000.

CAPÍTULO 6  
**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS  
LA ESTRATEGIA DEL REINO UNIDO**

Junio 2002



# ÍNDICE

I. Resumen	263
II. Introducción	265
III. Legislación	267
IV. Entidades públicas participantes	271
V. Estrategia	275
1. Fundamentos y evolución	275
2. Metas y objetivos	277
3. Política de prevención	282
4. Política de asistencia de adictos	285
5. Política de control	291
6. Aspectos internacionales	297
VI. Presupuesto	299
VII. Resultados obtenidos	303
1. Evolución del consumo juvenil	304
2. Consumo de la población general	308
3. Resultados de las políticas de reducción de daños	308
VIII. Comentarios finales	313
IX. Bibliografía	315
X. Anexo: Las estrategias de los países que forman el Reino Unido	317



## I. RESUMEN

“Enfrentando las drogas para construir una Inglaterra Mejor” es el nombre que recibe la estrategia del Reino Unido para lidiar con los daños que provoca el abuso de las sustancias ilegales. Tiene aplicación directa en Inglaterra y sirve como marco de referencia para la acción en Gales, Escocia e Irlanda del Norte. Se organiza en cuatro grandes áreas -jóvenes, comunidades, tratamiento y disponibilidad- y para cada una de ellas define metas, objetivos y planes de acción. La estrategia aspira a reducir el consumo de drogas clase A (duras) entre los jóvenes, bajar la reincidencia de los infractores que abusan de las drogas, aumentar la cantidad de personas que se someten a tratamiento y, aminorar la disponibilidad de sustancias ilegales en el país.

En el presente informe las acciones de la estrategia contempladas en las cuatro áreas señaladas se han reagrupado en tres categorías –prevención, tratamiento y control-, para mantener el mismo esquema utilizado en la revisión de las políticas del resto de los países<sup>1</sup>. Siguiendo el nuevo esquema, a continuación se revisan las principales tareas emprendidas como parte de la estrategia del Reino Unido y los resultados generales obtenidos.

- **Política de prevención:** se pretende reducir el consumo juvenil de drogas ilegales, especialmente Clase A (cocaína, heroína), que son las que más daño provocan. Se trabaja en el sistema educacional para llegar a la mayoría de los menores, a la vez que se desarrollan programas específicos dirigidos a los adolescentes de mayor riesgo, que usualmente están alejados de la educación formal. También se realiza un trabajo informativo mediante la repartición de panfletos, los sitios web y los servicios de orientación telefónica, entre otros.

<sup>1</sup> Es así como en “política de prevención” se exponen los programas destinados a evitar que los jóvenes abusen de las drogas (“jóvenes”), en “política de asistencia de adictos” se presentan los planes de tratamiento y reducción de daños (“tratamiento”), y en “política de control” se agrupan las acciones destinadas a hacer cumplir la ley contra el tráfico. Los planes orientados a reducir la delincuencia asociada a las drogas se reclasifican en las tres categorías mencionadas; por ejemplo, los planes de tratamiento dentro de las cárceles se exponen en “política de asistencia de adictos”.

- **Política de asistencia de adictos:** se combinan iniciativas orientadas a tratar a los adictos para que dejen su hábito con programas de reducción de daños, destinados a minimizar los riesgos asociados al consumo de drogas. Para la autoridad, la provisión de tratamiento es un ítem de creciente importancia, lo que se demuestra en la evolución y proyección del gasto en la materia. Además de la atención a la población adicta general, hay programas específicamente focalizados en los sujetos en conflicto con la justicia, cuyo objetivo es reducir la reincidencia entre los infractores que abusan de las drogas<sup>2</sup>.
- **Política de control:** se busca reducir la disponibilidad de drogas controladas en el Reino Unido, con particular énfasis en las de Clase A. Para ello, se trabaja con los países de origen, en los puntos de entrada al país y dentro de las fronteras. La labor se realiza coordinadamente en las diversas agencias que tienen relación con el tema para lo cual ha sido clave la creación de la Acción Concertada contra las Drogas (CIDA, por su sigla en inglés) que preside el Servicio de Aduanas.

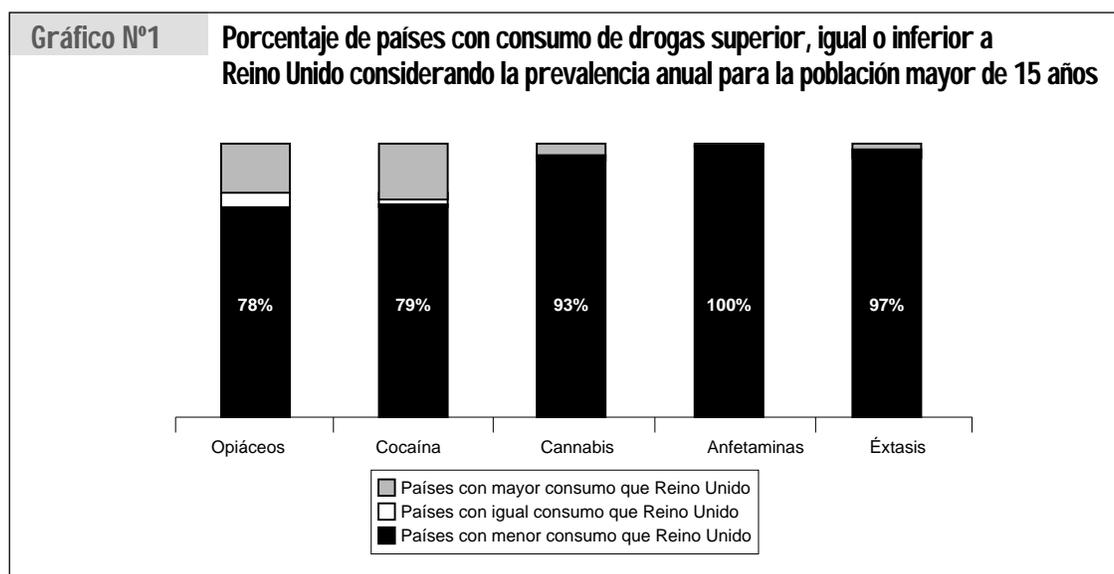
Los resultados obtenidos hasta la fecha son magros. El consumo juvenil de las drogas ilegales en su conjunto se ha mantenido relativamente estable, pero el de cocaína ha aumentado significativamente. Así, el Reino Unido sigue estando entre los estados europeos de mayor consumo de sustancias ilegales. Se ha logrado, sin embargo, reducir la tasa de crecimiento de las muertes directamente relacionadas con las drogas (aunque sigue siendo positiva) y las primeras evaluaciones de los programas destinados a asistir a la población reclusa han arrojado resultados positivos en términos de la reducción de la reincidencia y el consumo.

Con todo, siendo la Estrategia del año 1998 y, dado que los primeros años han sido destinados principalmente a labores de estructuración, coordinación y comisión de estudios y evaluaciones, deberá esperarse algunos años más para visualizar sus resultados y analizar el nivel de éxito obtenido.

<sup>2</sup> Algunos sectores han señalado durante los últimos años que el Reino Unido se ha ido apartando del enfoque de reducción de daños y ha fortalecido su línea represiva y de control. Ver European NGO Council on Drugs and Development (2001).

## II. INTRODUCCIÓN

Según las comparaciones mundiales y continentales, el consumo de drogas en Reino Unido es relativamente alto. El último informe de las Naciones Unidas, lo ubica en el primer lugar dentro de los 21 países de Europa Occidental considerados en relación con el consumo de cannabis, anfetaminas y éxtasis. Además, lo ordena en segundo lugar respecto del uso de cocaína y sexto en cuanto al consumo de opiáceos. Tomando todos las naciones (de los cinco continentes) consideradas en el informe, la gran mayoría tiene un consumo inferior a Reino Unido en todas las drogas analizadas (ver Gráfico N°1)<sup>3</sup>. Con todo, el uso de drogas controladas en Reino Unido se ha mantenido relativamente estable desde 1994 (primer año con cifras comparables), con la excepción del consumo de cocaína, que ha aumentado en los últimos años.



Fuente: UN ODCCP "Global Illicit Drug Trends 2001".

<sup>3</sup> UN ODCCP "Global Illicit Drug Trends 2001". Para estas comparaciones se utiliza el indicador de prevalencia anual para la población mayor de 15 años.

El gobierno del Reino Unido está decidido a combatir las drogas y aspira a lograr una sociedad saludable y confiada, progresivamente libre del daño que causa el abuso de ellas. A pesar de que desde inicios de los años noventa se comenzaron a sistematizar los esfuerzos de prevención y control, no fue hasta 1995 que se definió una estrategia integral para enfrentar este problema. El plan fue desarrollado entre 1995 y 1998 y ese año se estableció una nueva estrategia que, aunque basada en los éxitos y fracasos de la anterior, fue –más que una continuación- un nuevo enfoque. Se ha señalado que durante los últimos años la acción se ha alejado del régimen de reducción de daños desarrollado inicialmente<sup>4</sup> para concentrarse en las políticas de control (disuasión mediante la aplicación de la ley) y las de tratamiento. Éste último, dirigido principalmente a la población en conflicto con la justicia, por cuanto la disminución de la delincuencia es una de las prioridades del Gobierno. De hecho, en la actualidad la estrategia de drogas del Reino Unido ha sido catalogada como una de las más concentradas en el control y cuenta con penas máximas legales consideradas entre las más severas de Europa<sup>5</sup>.

Como en la mayoría de los países, en Reino Unido se desarrolla un debate intenso en relación con la política de drogas. Hay quienes han llamado directamente a la legalización de todas las sustancias controladas, quienes apoyan la despenalización de sólo algunas de ellas, y quienes prefieren mantener la prohibición actual. La autoridad central ha sido receptiva a algunas sugerencias, pero ha señalado que está comprometida a desarrollar su estrategia en los términos definidos, que se describen en el presente informe.

La estructura del documento es la siguiente: al capítulo de resumen (I) y de introducción (II), siguen otros seis. En el III se describe la legislación vigente en relación con las drogas. En el IV se explica cómo se ha organizado el aparato público para el desarrollo de la estrategia. El capítulo V presenta la estrategia, desagregándola en tres grandes áreas: prevención, asistencia de adictos y control; el VI presenta el presupuesto público destinado a ella, y el VII, los resultados obtenidos. Por último, en el capítulo VIII se hacen algunos comentarios y consideraciones finales. Se anexa una breve descripción de las estrategias individuales de los países que forman el Reino Unido.

<sup>4</sup> De hecho, en Liverpool se realizó uno de los primeros programas europeos de canje de jeringas en 1985 y desde siempre los médicos han gozado de una considerable cuota de libertad para prescribir drogas ilegales, incluso cocaína y heroína.

<sup>5</sup> Council of Europe (2001) y European NGO Council on Drugs and Development (2001).

### III. LEGISLACIÓN

El principal cuerpo legal que controla las drogas ilegales en el Reino Unido es la Ley de Abuso de Sustancias (*Substance Misuse Act*) de 1971, cuyo objetivo es prevenir el uso no médico de ciertas drogas. En ella se establece qué sustancias se controlan, las que se dividen en tres categorías, A, B y C, según el daño que producen. En el Cuadro N°1 se exponen algunos ejemplos de las sustancias comprendidas en cada categoría

**Cuadro N°1** Clasificación de drogas controladas, según la Ley de Abuso de Sustancias

Categoría	Ejemplos
<b>A</b>	Cocaína, crack LSD Éxtasis Heroína, metadona, morfina, opio
<b>B</b>	Cannabis (marihuana, hachís) mayoría de anfetaminas
<b>C</b>	Temgesic Distalgesic

Nota: las drogas clase B preparadas para ser inyectadas cuentan como clase A.  
Fuente: Drugscope

La legislación determina también las acciones que son consideradas infracciones (posesión, tráfico y producción) y las penas asignadas a ellas, las cuales dependen de la categoría de la droga en cuestión. En el Cuadro N°2 se presentan las penas máximas asociadas a cada delito y clase de droga.

**Cuadro N°2** Penas máximas asociadas a los delitos según la Ley de Abuso de Sustancias

Categoría	Penas Máximas	
	<i>Poseción</i>	<i>Tráfico o producción</i>
A	7 años y/o multa	Cadena Perpetua y/o multa
B	5 años y/o multa	14 años y/o multa
C	2 años y/o multa	5 años y/o multa

Notas: \* La multa no tiene límite de valor

\* El año 2000 se introdujo una sentencia mínima de 7 años en la tercera condena por tráfico de drogas clase A

Fuente: Drugscope

Las penas para posesión señaladas se refieren a los casos de posesión simple. Cuando la tenencia de drogas es con el objeto de venderla, se aplican las penas relativas a tráfico. Esta distinción la hace el fiscal según la cantidad de droga y otros factores, como la variedad de sustancias que lleva el sujeto consigo, la preparación de las drogas, la cantidad de dinero que porta, etc.

Las penas máximas definidas en la Ley de Abuso de Sustancias en relación con los distintos delitos están entre las más severas de Europa<sup>6</sup>. Sin embargo, no todos los que cometen esta clase de infracciones reciben las sanciones extremas. En general, los condenados por los ilícitos más graves (tráfico) reciben las penas mayores, mientras que los casos de posesión y aquellos que involucran cannabis son tratados de manera menos severa (ver sección de política de control).

De hecho, en la actualidad la Policía de Lambeth en Londres está desarrollando un plan piloto mediante el cual, frente a un caso de posesión de cannabis, la droga es confiscada y la persona recibe una amonestación formal, sin que se inicie un proceso en su contra. El plan fue desarrollado previa consulta a diversas autoridades y a la comunidad, y será acuciosamente evaluado antes de expandir el esquema a otros sectores de la ciudad capital.

Durante el último tiempo, algunos sectores han planteado la conveniencia de modificar la legislación en algunos aspectos. En octubre de 2001, el Secretario del Interior (*Home Secretary*) anunció su intención de cambiar la clasificación del cannabis desde Clase B a Clase C, previa recomendación del Consejo Consultivo sobre el Uso Incorrecto de Drogas (*Advisory Council on the Misuse of Drugs*). Esto no implicaría descriminalización ni legalización (tanto la posesión como el tráfico seguirían siendo delitos criminales), aunque sí una rebaja en las penas máximas aplicables (serían de 2 años por posesión y 5

<sup>6</sup> Ver Council of Europe (2001).

por tráfico). De efectuarse ese cambio, la posesión de cannabis dejaría de ser un delito “arrestable”<sup>7</sup>, aunque el Secretario señaló que esto deberá ser analizado en su momento. La iniciativa ha contado con bastante respaldo. La *Police Foundation* y el Comité de Asuntos Internos (equipo designado por la Cámara de los Comunes para examinar la política de drogas) han hecho la misma recomendación<sup>8</sup>.

Las dos instancias mencionadas –Comité de Asuntos Internos y *Police Foundation*– también recomendaron la reclasificación del éxtasis desde Clase A a B. Sin embargo, esta propuesta fue rechazada por el Secretario del Interior (*Home Secretary*), el cual señaló a la prensa en mayo de 2002 que “*la reclasificación del éxtasis no está en la agenda del Gobierno*”.

Además de la Ley de Abuso de Sustancias, hay otras leyes que definen ilícitos relacionados con las drogas. Éstas son:

- (i) **Ley de Medicinas (*Medicines Act*) de 1968:** regula la producción y oferta de productos medicinales de todo tipo. Divide las sustancias en tres categorías, según el grado de restricción impuesto a su comercialización, que son: prescripción médica (debe ser vendida en una farmacia y con prescripción), medicinas de farmacia (sólo puede ser adquirida en una farmacia, no requiere de prescripción), y lista de ventas generales (puede ser comercializada en cualquier tienda).
- (ii) **Ley de Aduanas (*Customs and Excise Act*):** esta ley, en conjunto con la de Abuso de Sustancias, penaliza la importación y exportación de drogas controladas sin autorización. Las penas máximas son las mismas que las que se establecen para los delitos de tráfico, excepto que las Cortes de Magistrados<sup>9</sup> pueden imponer multas de hasta tres veces el valor de las drogas incautadas.
- (iii) **Ley de Tránsito (*Road Traffic Act*):** considera una infracción el estar a cargo de un vehículo motorizado si no se está *capacitado* para ello por haber consumido alcohol o drogas. La palabra *drogas* en esta legislación incluye drogas prescritas y solventes. Durante los últimos dos años, la policía ha comenzado una ofensiva para atacar el manejo bajo la influencia de las drogas en todo el país, consistente en el sometimiento a pruebas de coordinación y test sanguíneo para detectar la presencia de drogas en personas sospechosas. El esquema fue presentado por la policía de Strathclyde de Escocia en Marzo de 2001 y adoptado posteriormente por diversas fuerzas policiales mediante el Reino Unido.
- (iv) **Ley de Infracciones de Tráfico de Drogas (*Drug Trafficking Offenses Act*):** Se considera una infracción la venta de artículos destinados a la administración o prepa-

<sup>7</sup> Un delito “arrestable” es aquel que permite a la policía detener y arrestar a alguien si sospecha que cometió el ilícito.

<sup>8</sup> Ver Home Affairs Committee (2002) y Police Foundation (2000).

<sup>9</sup> Las Cortes de Magistrados son las que conocen de faltas y asuntos civiles de menor importancia.

ración de drogas controladas. Esta ley permite incautar activos y dinero que no pueda demostrarse que no provengan del tráfico de drogas.

Por otra parte, la comercialización y consumo de alcohol y tabaco está permitida, aunque existe una serie de regulaciones e impuestos que restringen su disponibilidad, muchos de los cuales se orientan particularmente a desalentar el consumo de jóvenes. Respecto de los solventes, es una infracción en Inglaterra y Gales vender estos productos a un menor de 18 años, si el vendedor tiene razones para sospechar que será mal usada. En Escocia rige una prohibición similar. La comercialización de productos que contienen Butano está más controlada, y es delito venderlos a un menor de 18 años que se castiga hasta con 6 meses de reclusión o una multa de hasta 8000 euros (8.300 dólares aproximadamente)<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Paridad al 30 de Diciembre de 2002: 0,9604 euros por dólar.

## IV. ENTIDADES PÚBLICAS PARTICIPANTES

La aplicación de la estrategia contra las drogas compete a muchas reparticiones públicas (además de privadas y del sector voluntario), del nivel central y local. Por ello, y con miras a lograr los mejores resultados posibles, el aparato público ha sido organizado de una manera determinada, mediante la creación de nuevas entidades y la repartición de responsabilidades.

La piedra angular de la ejecución de la estrategia son los Equipos de Acción Antidrogas (*Drug Action Teams, DAT*), unidades creadas en 1995 por medio del documento explicativo de la estrategia, “Enfrentando las drogas juntos”. Su misión es adaptar los lineamientos nacionales a las circunstancias locales.

Los *DAT* son grupos de coordinación locales e intersectoriales que reúnen a representantes de todas las agencias locales participantes en el combate al abuso de drogas, entre las que se incluyen: autoridades locales, autoridades de salud, policías, delegados de libertad vigilada, servicios sociales, servicios juveniles, establecimientos educacionales y el sector voluntario. Además, los *DAT* trabajan con los Alianzas de Reducción del Crimen y Desorden, para ayudar a la policía y la comunidad a enfrentar el problema local de drogas y la delincuencia asociada.

Existen también los Grupos de Referencia de Drogas (*Drug Reference Groups*), integrados por varios profesionales locales que asesoran y aconsejan a los *DAT* en las políticas y prácticas a adoptar. Estos grupos de referencia actúan como un foro local en el que se intercambian ideas, permitiendo que las diversas instituciones aprendan las unas de las otras.

Actualmente hay más de 140 *DAT* en Inglaterra y Escocia; en Irlanda del Norte y Gales existen unidades equivalentes<sup>11</sup>. Uno de estos *DAT* es el de Greenwich, cuya conformación y labor se describe en el Recuadro N°5, a modo de ejemplo.

<sup>11</sup> Ver final de este capítulo.

### Recuadro N°5 Equipo de Acción Antidroga (DAT) de Greenwich

Este DAT nació en 1998 de la fusión de dos antiguos DAT: Bexley y Greenwich. Entre sus participantes destacan miembros de la Municipalidad de Greenwich, la Policía Metropolitana, la Autoridad de Salud de Bexley y Greenwich, el Servicio de Libertad Vigilada de Londres Interior, la Prisión de Belmarsh, Woolwich College y representantes del sector empresarial de la zona. En la actualidad funcionan 6 Grupos de Referencia de Drogas, que asesoran al DAT de Greenwich en diferente áreas. Uno de ellos lo integran representantes de diversas agencias locales que trabajan con jóvenes y orienta en el desarrollo e implementación de las políticas destinadas a evitar que los jóvenes abusen de las drogas.

Al igual que el resto de los DAT, cada año el del Greenwich elabora su reporte y plan anual y lo envía a la Dirección de la Estrategia de Drogas del Departamento de Interior del Reino Unido. En ellos se da cuenta de las iniciativas desarrolladas y de los programas que se pretende impulsar en el futuro para lograr avances en las cuatro áreas definidas por la estrategia nacional.

Entre los proyectos que actualmente se están desarrollando destaca la estrategia de información destinada a asegurar que todas las agencias que tienen datos sobre el problema local de droga los compartan, para construir un diagnóstico certero y el programa de capacitación, que encomendará una serie de cursos para cubrir las necesidades detectadas en un catastro de las carencias en esta materia.

Fuente: [www.greenwich.gov.uk/DAT](http://www.greenwich.gov.uk/DAT)

Además de los Grupos de Referencia, los *DAT* son apoyados por múltiples organismos nacionales y locales, de gobierno, privados y del sector voluntario. En los párrafos siguientes se presenta la estructura gubernamental, con las principales unidades públicas que tienen responsabilidad en la estrategia antidroga. Asimismo, se describen algunas entidades no- gubernamentales que trabajan en el ámbito nacional y local.

En el Reino Unido, la unidad encargada del desarrollo e implementación de la Estrategia Nacional de Drogas es la Dirección de la Estrategia de Drogas, agencia que depende del Departamento del Interior (*Home Office*). Esta unidad asume las funciones que anteriormente realizaban la desaparecida Unidad de Coordinación Antidroga (*UKADCU*), la también extinta Unidad de Acción Contra las Drogas (*AADU*) y las oficinas centrales del Servicio Consultivo en Prevención de Drogas (*DPAS*), aunque este servicio se mantiene vigente, con la misión de promover la prevención efectiva en Inglaterra y apoyar la acción de los *DAT* es esta materia<sup>12</sup>.

Hay otros tres departamentos del Gobierno del Reino Unido que también tienen un papel predominante en la lucha contra las drogas: (i) el Departamento de Educación y Habilidades (*Department for Education and Skills*), cuya función en este campo es orientar a los colegios en educación preventiva; (ii) el Departamento de Salud (*Department of Health*), que se relaciona principalmente con la provisión de tratamiento mediante su unidad dependiente Agencia Nacional de Tratamiento, y (iii) el Servicio de Aduanas (*HM Customs and Excise*), que contribuye a la reducción de la disponibilidad de drogas dentro del Reino Unido.

<sup>12</sup> Estos cambios fueron realizados por el gobierno laborista, luego de su victoria en las elecciones de junio de 2001.

Además del Gobierno, hay varias otras organizaciones con representatividad nacional que participan en el trabajo o investigación en esta materia, entre las que se cuentan instituciones de entidad y órganos no establecidos por ley. Cabe destacar a *Drugscope*, entidad dedicada a investigación y difusión de información sobre drogas, que asesora localmente a los DAT y es el punto focal que informa sobre la situación del Reino Unido a la agencia de la Unión Europea dedicada a este tema.

Además, hay múltiples entidades locales que trabajan en esta área, muchas de ellas del sector voluntario. Entre ellas, *Lifeline*, entidad que trabaja desde 1971 en tres localidades (Manchester, East Lancashire, West Yorkshire y Calderdale) ayudando a las personas que tienen problemas con las drogas y sus familiares. Cuenta con 100 personas de staff y muchos voluntarios que trabajan en las calles, bares, colegios, casas y prisiones, ofreciendo apoyo a los que desean dejar las drogas, ayuda para vivir mejor a quienes consumen drogas y no pueden o quieren dejarlas, e información a los jóvenes que experimentan con ellas.

Como se mencionó, “Enfrentando las Drogas para Construir una Inglaterra Mejor” es el plan general para el Reino Unido, pero tiene aplicación directa en Inglaterra. Gales, Irlanda del Norte y Escocia, por su parte, han lanzado sus propias estrategias, en las cuales se adoptan los principios y objetivos de la estrategia del Gobierno del Reino Unido. En mayo de 2000 se lanzó “Enfrentando el abuso de drogas en Gales: un enfoque de alianzas”, y en 1999 se publicó “Enfrentando las drogas en Escocia: acción en alianzas”, y un documento similar para Irlanda del Norte. Respecto de la forma en que estos planes se ejecutan en el nivel local, se observa gran coincidencia con el modelo de DAT de Inglaterra, según dan cuenta los siguientes párrafos.

En Gales, existen cinco Equipos de Acción contra las Drogas y el Alcohol (*DAAT*), que cumplen un rol equivalente al de los Equipos de Acción Antidrogas de Inglaterra. La Unidad de Drogas y Alcohol Galesa asesora en la aplicación de su estrategia.

En Irlanda del Norte, la acción local está en manos de cuatro Equipos de Coordinación de Droga. En el ámbito nacional, el Departamento de Salud, Servicios Sociales y Seguridad Pública provee la visión estratégica mientras que el Grupo Central de Coordinación para la Acción Contra las Drogas monitorea el progreso obtenido.

En Escocia hay 22 Equipos de Acción Antidroga (*DAT*) responsables de la aplicación local de la estrategia. La política es desarrollada y monitoreada en el nivel nacional por el Comité Consultivo de Escocia.



## V. LA ESTRATEGIA

### 1. Fundamentos y evolución

Desde mediados de los años ochenta, el gobierno del Reino Unido ha desarrollado una estrategia para enfrentar el problema de las drogas que ha ido evolucionando en varias etapas. Las primeras experiencias fueron plasmadas en un documento publicado el año 1990, en el cual, además, se expusieron las líneas generales para actuar desde esa fecha en adelante. El año 1995 se redefinió la política para los siguientes tres años, y en 1998 se estableció un plan de acción para 10 años, que deberá regir hasta 2008.

En el plan de 1990 se establecieron cinco frentes principales para concentrar la acción: (i) cooperación internacional para reducir la oferta que llega al país, (ii) aplicación de la ley por parte de las policías y Aduana, (iii) mantener los controles internos, (iv) desarrollar prevención publicitaria, educación y acción comunitaria, y (v) mejorar el tratamiento y rehabilitación disponible. A pesar de la declaración de estos cinco elementos, la acción estuvo fuertemente concentrada en los tres primeros, favoreciendo la aplicación de la ley y las políticas de reducción de oferta, en desmedro de aquellas políticas orientadas a desincentivar el consumo.

Los magros resultados exhibidos a mediados de la década propiciaron la introducción de una nueva estrategia para el período comprendido entre 1995 y 1998, que, aunque mantuvo los mismos énfasis, fue explícita en señalar la importancia de las políticas de reducción de demanda: prevención y tratamiento. Fue titulada “Enfrentando las drogas juntos” (*Tackling Drugs Together*) y reordenó la acción en tres áreas: (i) acrecentar la seguridad de las comunidades frente a la delincuencia asociada a las drogas, (ii) reducir la aceptación y disponibilidad de drogas en jóvenes, y (iii) reducir los peligros para la salud y otros daños causados por el abuso de estas sustancias. Además, en esos años se popularizó la idea de que sólo una política aplicada en el plano local tiene probabilidad de ser

exitosa y se crearon los Equipos de Acción Antidroga<sup>13</sup> (*Drug Action Team*) para implementar la política en ese nivel.

Llegó 1998 y con él, el término del período de aplicación del plan trienal. La administración de entonces respaldó sus metas y su lógica -particularmente en lo referido a la preponderancia de la acción local-, pero determinó que era necesario un enfoque de más largo plazo. Además, la evaluación identificó varias fallas de la estrategia 1995-1998, entre las que destacan su focalización en las estructuras más que en los resultados, la desconexión entre la droga y los demás problemas sociales y la carencia de soporte para llevar a la práctica la coordinación entre agencias. En mayo de ese año se presentó la estrategia nacional “Enfrentando las drogas para construir una Inglaterra mejor” (“*Tackling Drugs to Build a Better Britain*”) que propuso un plan para abordar globalmente el problema durante los próximos 10 años (1998–2008) en el Reino Unido. Además, se nombró por primera vez en Inglaterra un Coordinador Antidrogas para el Reino Unido, encargado de promover y desarrollar esta estrategia.

En términos generales, el plan actual pretende cambiar el enfoque de reacción ante las consecuencias del abuso de drogas hacia el manejo de las causas que lo originan. La política de drogas se inserta en un programa más general de gobierno que busca crear una nueva y moderna Inglaterra para el siglo 21, renovando las comunidades y asegurando buenas oportunidades disponibles para todos. Para ello, se están llevando a cabo profundas reformas en las áreas de salud, educación, justicia criminal, economía y estado de beneficencia, cuyo objeto final es impulsar a la gente a trabajar y alejarla de los beneficios que otorga la seguridad social. Así, la estrategia antidrogas se complementa con otros planes sociales en un programa más general, en el entendido de que los problemas de adicción suelen estar relacionados con otras carencias y dificultades sociales. En su primer reporte, el zar antidrogas anunció que, para reducir progresivamente el daño que causan las drogas a la sociedad, se debe: (i) abordar los temas sociales que contribuyen a que los jóvenes se sientan atraídos a consumir drogas; (ii) apoyar a quienes desean ayudar y guiar a los jóvenes; (iii) proveer suficientes servicios para tratar a quienes tienen problemas con el uso de drogas; (iv) concentrar los esfuerzos internacionales y de aplicación de la ley en quienes producen, procesan, distribuyen y venden drogas; y (v) desarrollar un sistema de justicia criminal que trate adecuadamente a las personas.

Además, remarcó que la política cubrirá tanto las drogas ilegales como las que pueden ser adquiridas legalmente, entre las que se incluyen el alcohol, el tabaco y los solventes. Respecto de las primeras, el énfasis estará puesto en las que causan más daño, específicamente cocaína, crack y heroína.

<sup>13</sup> Ver capítulo de entidades públicas involucradas.

En materia de ejecución, la clave del nuevo enfoque es establecer alianzas entre las distintas agencias públicas, privadas y del sector voluntario que trabajen en el tema droga. Las asociaciones deben establecerse en todos los niveles, con especial énfasis en el nivel local, en el cual la estrategia se concreta. Esto se logra mediante los “Equipos de Acción Antidroga”, lestablecidos en la estrategia de 1995 y confirmados en el plan actual. Los siguientes seis principios fundamentan la estrategia nacional para enfrentar el problema de las drogas:

- **Integración:** el abuso de drogas suele estar relacionado con otros problemas sociales, por lo que la estrategia antidrogas debe ser coordinada y complementada con iniciativas destinadas a enfrentar otras necesidades sociales, como educación, salud, empleo y vivienda.
- **Evidencia:** la estrategia debe fundarse en información objetiva y no en consideraciones subjetivas.
- **Acción conjunta:** se deben establecer alianzas y asociaciones en todos los niveles, para enfrentar con éxito esta tarea.
- **Coherencia de la acción:** el abuso de drogas es un problema nacional, por lo que se requiere de una estrategia general que guíe las iniciativas locales.
- **Comunicación efectiva:** es necesario que los mensajes que se envían a la sociedad –en particular a los jóvenes- sean coherentes y claros.
- **Responsabilidad:** se debe evaluar objetiva, desapasionada y periódicamente el avance obtenido en relación con las metas propuestas. Para ello, el coordinador presentará un reporte del año anterior y un plan de acción para el período siguiente.

## 2. Metas y objetivos

Tanto el Primer Ministro como el Coordinador señalaron en 1998 que su visión para el futuro –o la misión de la estrategia- es contar con “*una sociedad saludable y confiada, progresivamente libre del daño que causa el abuso de drogas*”.

Para lograrlo, la estrategia nacional para enfrentar las drogas estableció cuatro áreas de acción y propuso desafíos en cada una de ellas. En los planes de los primeros años se fueron acotando los objetivos buscados y se definieron metas concretas y con creciente nivel de objetividad, que deben cumplirse al término del período (2008) y en fechas intermedias.

Las cuatro áreas de acción se definieron luego del análisis de toda la evidencia disponible y de consultar a más de 2.000 personas y organizaciones dedicadas al tema. Todo el plan se organizó en torno a estos cuatro objetivos: los recursos son asignados según éstos, la investigación se organiza para proveer información específica a cada uno de ellos, los equipos de acción contra las drogas definen sus acciones concretas en torno a ellos, etc.

En el siguiente recuadro se presentan los objetivos claves de la estrategia de control de drogas del Reino Unido, y en los párrafos siguientes se exponen los objetivos menores asociados y los elementos que contempla el plan de acción en cada área.

#### Recuadro N°1 **Objetivos clave de la estrategia de control de drogas del Reino Unido**<sup>14</sup>

1. **Jóvenes:** reducir la fracción de personas menores de 25 años que reportan haber usado alguna droga clase A en 25% en 2005 y en 50% en 2008<sup>15</sup>.
2. **Comunidades:** disminución de la reincidencia entre los infractores que abusan de las drogas en 25% para el año 2005 y 50% para 2008.
3. **Tratamiento:** aumento de la participación de usuarios problema en programas de tratamiento del 55% para 2004, 66% para 2005 y 100% para 2008.
4. **Disponibilidad:** reducir la disponibilidad de drogas clase A en 25% en 2005 y en 50% en 2008.

Fuente: Tackling Drugs to Build a Better Britain, UK Anti-drugs Co-ordinator's Annual Report 2000/01.

#### A. Jóvenes

El desafío es ayudar a los jóvenes a resistir el abuso de drogas de modo que puedan desarrollar todo su potencial en la sociedad. El objetivo clave es reducir significativamente la fracción de menores de 25 años que reportan haber usado alguna droga ilegal en el último mes y el último año, con particular énfasis en aquellas que causan mayor daño.

Junto con este objetivo central se plantean otros propósitos, tales como aumentar el nivel de conocimiento sobre los riesgos y las consecuencias del abuso de drogas, retrasar la edad de inicio, reducir las expulsiones de colegios producto de incidentes relativos a drogas y aumentar el acceso a información y servicios por parte de jóvenes en mayor riesgo social.

El plan de acción en materia de prevención establecido en 1998 incluyó los siguientes elementos:

<sup>14</sup> Los objetivos clave que aquí se presentan corresponden a los definidos en el informe anual de 2000-2001, según da cuenta la fuente citada. Cabe destacar que éstos fueron evolucionando en los diversos informes; algunos fueron definidos con un mayor nivel de detalle y otros fueron cambiados.

<sup>15</sup> Otros informes señalan que por uso se refiere a la prevalencia año y mes.

- Informar a jóvenes, padres y las personas que los aconsejan y trabajan con ellos sobre los riesgos y consecuencias del abuso de drogas. Esto incluye también sustancias adquiridas legalmente como tabaco, alcohol y solventes.
- Educar a las personas desde los 5 años en adelante sobre las habilidades necesarias para resistir la presión por usar drogas. La educación deberá llegar tanto a los niños que están dentro del sistema escolar como a los que no lo están.
- Ayudar a hacer que el abuso de drogas sea menos aceptado culturalmente por los jóvenes, lo que se puede lograr con campañas publicitarias, entre otros medios.
- Promover un estilo de vida sano y actividades positivas que no incluyan el abuso de sustancias.
- Asegurar que los jóvenes en mayor riesgo reciban atención apropiada y específica.
- Asegurar que todos los jóvenes, independientemente de su raza, cultura, género o barrio, tengan acceso a programas apropiados.
- Identificar y diseminar información respecto de buenas prácticas y lo que funciona en prevención y educación.

## **B. Comunidades**

La estrategia pretende proteger a las comunidades del comportamiento antisocial y criminal relacionado con las drogas. El objetivo es reducir la reincidencia entre los infractores que abusan de las drogas en 25% para el año 2005 y en 50% para 2008.

Junto con esta meta principal se estableció una serie de otros objetivos. Entre ellos, aumentar el número de infractores que son derivados a tratamiento ya sea cuando son arrestados, durante el proceso en la corte o como condición posterior a la sentencia; reducir los delitos que se cometen para financiar el consumo de drogas; disminuir la cantidad de lugares en los que se comercializa droga que afectan a la comunidad que vive en ellos; reducir el ausentismo y los despidos del trabajo producto del abuso de drogas; y disminuir el número de muertos y lesionados en accidentes del tránsito que tienen relación con las drogas.

En la estrategia nacional se proponen una serie de acciones que deberán desarrollarse dentro de los 10 años que cubre el plan en orden a lograr los objetivos propuestos. Entre ellas:

- Desarrollar tratamientos para las personas que han cometido delitos relacionados con las drogas.

- Orientar los recursos de las policías a detectar los delitos relacionados con las drogas y referir a los infractores cuando corresponda.
- Respaldar públicamente la punición de quienes proveen y trafican drogas, así como también apoyar la eliminación de este mercado.
- Asegurar el apoyo comunitario a la aplicación de la ley.
- Alentar a las comunidades a participar en el enfrentamiento del problema de la droga en el nivel local, fortaleciendo las alianzas existentes.
- Aumentar la tasa de ex adictos que se reintegran al trabajo o al sistema educacional.
- Atacar el problema de la droga en los centros de diversión nocturna.
- Implementar planes para atacar el uso de drogas en los lugares de trabajo.
- Promover la detección de quienes manejan bajo la influencia de las drogas y fomentar un rechazo comunitario a tal conducta.
- Comisionar estudios en el área que permitan definir las acciones concretas a impulsar y evaluar sus resultados.

### **C. Tratamiento**

En esta área, la estrategia pretende posibilitar el tratamiento a todas las personas con problemas de droga para que puedan superarlos y tener vidas más saludables y alejadas de la actividad delictiva. El objetivo clave es aumentar la participación de los usuarios-problema (incluyendo a los prisioneros) en programas de tratamiento que tengan un impacto positivo en la salud y la criminalidad. Se pretende un aumento del 55% para 2004, del 66% para 2005 y del 100% para 2008.

Además, se busca: aumentar la proporción de consumidores-problema en contacto con las agencias que prestan los servicios pertinentes; reducir la fracción de los usuarios de droga que se inyectan y, entre los que se inyectan, disminuir el porcentaje que comparte utensilios; reducir el número de muertes relacionadas con droga; y disminuir el número de consumidores-problema a quienes se les niega el acceso inmediato a tratamiento adecuado.

El plan de acción para los 10 años que cubre la estrategia es el siguiente:

- Asegurar a todos los consumidores problema, independientemente de su raza, género, edad o droga que utilizan, tengan acceso a los servicios que necesiten, incluyendo atención primaria. Además, se deberán proveer servicios específicos para jóvenes, minorías étnicas y mujeres con sus hijos pequeños.

- Entregar a los consumidores-problema información adecuada, consejo y ayuda práctica para evitar infecciones y otros problemas de salud derivados del uso de drogas.
- Apoyar a los usuarios-problema para ir cambiando los hábitos hacia prácticas más saludables y estilos de vida más positivos contactándolos con las entidades que los puedan ayudar a resolver sus carencias de vivienda, educación, empleo, cuando corresponda.
- Proveer una respuesta integrada y adecuada para tratar a personas con problemas de droga y mentales conjuntamente.
- Asegurar que la prescripción de droga para tratamiento (por ejemplo, metadona) y el uso de sustancias legales en los servicios médicos cumpla con la legislación vigente.
- Mejorar la calidad y variedad de los tratamientos ofrecidos, en particular para los menores de 25 años.
- Asegurar que los programas para tratar a los reclusos, durante el encierro y posteriormente, sean adecuados.
- Asegurar la provisión en el nivel local de los servicios necesarios mediante los *DAT*.
- Encargar la elaboración de estudios que sirvan de base a las acciones concretas a impulsar. Entre ellos, el análisis la efectividad de los tratamientos para jóvenes, el costo-beneficio de las opciones disponibles, etc.

#### **D. Disponibilidad**

La acción en este ámbito se orienta a reprimir la oferta de drogas ilegales en las calles. El objetivo principal es reducir el acceso a las drogas entre los jóvenes (menores de 25 años), en particular a aquellas que causan mayor daño, como la heroína y la cocaína; se pretende lograr una reducción de 25% para 2005 y de 50% para 2008.

Otros objetivos en relación con esta área de acción son los siguientes: aumentar la efectividad de los esfuerzos diplomáticos y operacionales; incrementar las incautaciones de drogas, para evitar que entren al país y sean distribuidas; aumentar el número de organizaciones de tráfico desmanteladas o desarticuladas; incrementar la cantidad de infractores por tráfico que son abordados por el sistema de justicia; acrecentar los activos identificados, confiscados y recobrados del tráfico de drogas y lavado de dinero; y reducir el acceso de los prisioneros a las drogas.

Además de los elementos mencionados anteriormente, el programa de acción para reducir la disponibilidad incluye los siguientes componentes:

- Reducir las hectáreas destinadas al cultivo de drogas y la cantidad que se procesa; controlar la venta ilegal de precursores químicos y materiales usados en la producción de drogas; controlar el movimiento de drogas entre los países de origen y los que las procesan.
- Elevar el compromiso y efectividad de los esfuerzos de interdicción que satisfacen el mercado del Reino Unido.
- Reducir el cultivo, manufactura y distribución de drogas en el Reino Unido previniendo que lleguen a los traficantes locales mediante incautaciones y el desmantelamiento de las redes internas de narcotráfico.
- Reducir el nivel de tráfico callejero y la disponibilidad de droga en las comunidades.
- Asegurar plena cooperación y colaboración en todos los niveles entre las agencias de aplicación de la ley e inteligencia, con el foco puesto en atacar las actividades que causan el mayor daño a las comunidades locales.
- Realizar las investigaciones de apoyo para lograr las metas.

Adicionalmente a los desafíos, metas y objetivos de largo plazo recién expuestos, en las cuatro áreas de acción se establecen anualmente metas intermedias concordantes con los lineamientos generales. Éstos, a su vez, son adaptados a la realidad de cada zona y convertidos en metas locales que se autoimponen los Equipos de Acción Antidrogas.

### **3. Política de prevención**

La acción preventiva responde al primer desafío de la estrategia, cual es ayudar a los jóvenes a resistir el abuso de drogas para desarrollar todo su potencial dentro de la sociedad. La labor de prevención se ejecuta en varios niveles y está dirigida a diversos grupos objetivos. Entre sus componentes destacan: (i) la educación dentro del sistema escolar, (ii) los programas dirigidos a grupos específicos de riesgo como son los desertores escolares, las minorías étnicas, etc.; y (iii) la provisión de material informativo para jóvenes padres y educadores.

En educación y prevención dentro del sistema educacional, se ha avanzado de forma tal que hoy la mayor parte de los colegios cuenta con políticas y planes en relación con el uso de drogas entre su alumnado. Al respecto, el Segundo Plan Nacional de la Unidad de Coordinación Antidroga indica que el 75% de los establecimientos de educación primaria y el 93% de los de educación secundaria tenían, en esta fecha, políticas en educación sobre drogas (contra el 61% y 86%, respectivamente, en 1997); el 42% de las escuelas primarias y el 95% de las secundarias tenían políticas relativas al manejo de

incidentes relacionados con drogas, y las expulsiones por incidentes relacionadas con drogas fueron un porcentaje muy bajo del total de expulsiones.

Los programas específicos que se aplican en cada colegio varían para ajustarse a la realidad local, pero se han difundido guías de buenas prácticas en esta materia, y se ha puesto a disposición de educadores y otros profesionales del área información para servir de base a sus programas. Destaca la difusión de los “Estándares nacionales de colegios saludables”, publicación que fue realizada con recursos provistos por los Departamentos de Salud y Educación, que incorpora como un elemento central en el curriculum la educación en drogas, alcohol y tabaco. Cerca de la mitad de las escuelas tiene acceso al programa nacionalmente acreditado de “Colegios Saludables”, que incluye como una de sus principales iniciativas la Educación y Atención Primaria (“*Primary Care / Primary School*”), que partió como un plan piloto y que ha sido extendido a 46 áreas del país. En el siguiente recuadro se exponen los principios y resultados del programa.

#### **Recuadro N°2 Programa “Educación y Atención Primaria” (*Primary Care, Primary School*)**

El programa busca vincular a los profesionales de la salud primaria con la educación sobre drogas que se realiza dentro de los establecimientos educacionales, mediante el conocimiento y el apoyo que éstos pueden entregar a los profesores. Tiene 3 objetivos: (i) alentar a los profesionales de educación y salud a trabajar juntos, (ii) enseñar sobre salud a niños escolares, y (iii) apoyar a los maestros que enseñan sobre salud en la sala de clases. Este programa ha hecho que los profesionales de la salud vayan a los colegios y conversen con los estudiantes en la sala de clase sobre diversos tópicos relacionados con la salud, en particular sobre las consecuencias del abuso de drogas. Bajo su alero, se ha desarrollado un sitio en Internet llamado “niños saludables” ([www.healthykids.org.uk](http://www.healthykids.org.uk)) orientado a niños de entre 3 y 11 años, donde pueden encontrar información sobre temas de salud, tales como la dieta, la higiene y las drogas. La evaluación del programa piloto en cinco sitios indicó que éste ha sido exitoso en cuanto al fortalecimiento de los nexos entre los colegios, los niños y los profesionales de la salud, y que ha alentado la educación sobre drogas en el ámbito escolar.

Otros programas de prevención se orientan a grupos de particular riesgo, como los menores infractores de la ley, los desertores escolares, los hijos de padres drogadictos y los jóvenes de la calle. El gobierno destina fondos específicos para el desarrollo de estas actividades. Para trabajar con estos jóvenes se emplean diversos métodos, entre los que destaca la utilización del deporte como vehículo para establecer contacto y como alternativa al uso de drogas. Uno de los programas que utiliza este método se llama “Futuros Positivos” y se describe en el Recuadro N°3.

**Recuadro N°3 Programa “Futuros Positivos”**

El programa tiene como objetivo alejar de las drogas y la delincuencia a los jóvenes especialmente vulnerables, y es una iniciativa conjunta de la Unidad Coordinadora Antidrogas, el Consejo de Justicia Juvenil (*Youth Justice Board*) y Deporte Inglaterra. El reporte anual 2000/2001 de la Estrategia indicó que se han puesto en marcha cerca de 24 proyectos específicos en distintos puntos del país. Uno de ellos se desarrolla en la localidad de Hull. La idea surgió como resultado de una conferencia organizada por el consejo municipal titulada “Deportes: una alternativa saludable” y que, uniendo fuerzas con Futuros Positivos comenzó a operar en abril de 2000. Los participantes son derivados desde los servicios sociales, colegios y los Equipos de Jóvenes Infractores (*Young Offending Teams*) y son recibidos por el staff del programa en una reunión inicial. El joven elige el deporte que desea practicar y se compromete a asistir a un programa de vida saludable y a otro de prevención de drogas. Las actividades suelen realizarse en las tardes, fines de semana y feriados, ocasiones en que la probabilidad de involucrarse en actividades riesgosas es superior. Este enfoque ha tenido resultados alentadores en Hull, logrando disminuir los delitos contra la propiedad y en recintos escolares. En 1998 se registraron 105 de estos casos mientras que en 2000 hubo sólo 36.

Además, bajo el alero del programa Zonas de Acción de Salud<sup>16</sup> (*National Health Action Zones, HAZ*), se han desarrollado iniciativas dirigidas a los jóvenes de mayor riesgo que, además, habitan las zonas de mayor pobreza del país. Uno de los principales objetivos de esta clase de programas es impulsar, con miras al largo plazo, la generación de servicios para jóvenes con problemas de droga en la zona, más allá de la sola intervención de corto plazo.

Otro tipo de trabajo preventivo focalizado es el que se realiza en los centros de diversión nocturna (*clubs*). El Gobierno ha señalado que su objetivo es, en primer término, reducir el consumo de drogas dentro de los locales y, en segundo lugar, minimizar el daño asociado a dicho consumo (asumiendo que, a pesar de los esfuerzos por evitar que la droga entre a ellos, un porcentaje lo hará de todos modos)<sup>17</sup>. En 2002 se difundió un documento llamado “*Safer Clubbing*”, que contiene directrices destinadas a ayudar a los locales a ajustarse a la legislación para mantener sus licencias. Se subraya la importancia de contar con fuentes de agua potable adecuadas, prevenir el hacinamiento dentro de los locales, asegurar las condiciones de ventilación y aire acondicionado, y evitar el sobrecalentamiento del ambiente. También se entrega una serie de recomendaciones respecto de los funcionarios de los recintos, en especial de aquellos encargados de la entrada. Asimismo, se señala que debe haber personal entrenado para reconocer y asistir a personas intoxicadas, y una pieza apartada donde ellas puedan recuperarse.

<sup>16</sup> Las Zonas de Acción de Salud son asociaciones entre el Servicio Nacional de Salud, autoridades locales (incluyendo los servicios sociales), el sector voluntario, el empresariado y la comunidad, cuyo objetivo es lidiar con las inequidades en materia de salud en las zonas de mayor necesidad del país. Se abordan temas como el embarazo juvenil, salud mental, cáncer y abuso de drogas entre los jóvenes de mayor riesgo. Las primeras 11 zonas fueron establecidas en 1998 y 15 más se sumaron en 1999.

<sup>17</sup> El documento señala que las campañas en los clubes destinadas a persuadir a los clientes a que no usen drogas tienen poco efecto, ya que muchos de ellos son usuarios confirmados. Por eso, recomienda un enfoque de reducción de daños, que los aliente a consumir menor cantidad y a evitar conductas riesgosas, como la de no mantenerse hidratados adecuadamente.

Por último, se han hecho esfuerzos de prevención masiva, entre los que destacan la repartición de panfletos informativos, el sistema de consultas telefónicas (*Helpline*, ver Recuadro N°4) y los sitios en Internet. Uno de estos últimos es [www.wiredforhealth.gov.uk](http://www.wiredforhealth.gov.uk), que ofrece información actualizada para apoyar a profesores y jóvenes en diversos tópicos de salud, entre los que se incluye el tema drogas.

#### Recuadro N°4 *Helpline*: Orientación telefónica sobre drogas

*Helpline* es un servicio gratuito de consulta telefónica sobre drogas. Entrega información y orientación a cualquier persona que esté interesada, lo que incluye a los consumidores, sus familias, sus amigos y las personas que trabajan con ellos. Los consejeros de *Helpline* no dan tratamiento directamente, pero entregan información respecto de los lugares a los que se puede acudir y los tipos de asistencia que se ofrecen. Funciona ininterrumpidamente las 24 horas del día, todos los días, y llega a todo el Reino Unido. El servicio se ofrece en otros idiomas además del inglés y es provisto por una compañía especializada, a petición de los Departamentos de Salud del Reino Unido.

El 27 de diciembre de 2001 el Gobierno lanzó una campaña publicitaria orientada a los jóvenes entre 11 y 18 años, cuyo mensaje central es decirles que se detengan y piensen antes de decidir ingerir drogas controladas. Se les aconseja informarse adecuadamente y se ofrece como alternativa para ello el servicio *Helpline*. Se insertan avisos en la prensa escrita y la radio, y se instalan afiches en centros de diversión nocturna. Los mensajes se orientan a una droga en particular (éxtasis, cocaína) y, más que entregar información sobre ella, promueve que se la busque. La campaña tiene un valor de 1,5 millones de libras (2,2 millones de dólares<sup>18</sup>) y está respaldada por tres departamentos del gobierno: el Ministerio del Interior (*Home Office*), el Departamento de Salud y el Departamento de Educación y Habilidades<sup>19</sup>.

## 4. Política de asistencia de adictos

La asistencia de adictos incluye la provisión de tratamiento y las iniciativas de reducción de daños que buscan minimizar los problemas asociados al abuso de drogas. Corresponde a la tercera área de la estrategia, cuyo principal desafío es posibilitar que quienes

<sup>18</sup> Paridad al 30 de Diciembre de 2001: 0,6879 libras por dólar

<sup>19</sup> Cabe destacar que el informe del Reino Unido para la comisión especializada en drogas de la Unión Europea señala que en dicho país las campañas masivas de prevención en los medios están desacreditadas entre los profesionales dedicados al tema, y que iniciativas anteriores han sido ampliamente criticadas.

necesitan ayuda reciban tratamiento; entre sus otras aspiraciones se incluye la disminución de los usuarios que se inyectan y que comparten jeringas, y las muertes asociadas al consumo.

En Inglaterra, el número de personas que se presenta en los servicios para pedir tratamiento ha evolucionado al alza desde 1993, como se observa en el Cuadro N°3, que presenta la cantidad de usuarios nuevos<sup>20</sup> que recibió tratamiento durante los 6 meses previos a la medición.

**Cuadro N°3** Cantidad de personas que recibe tratamiento en 6 meses septiembre 1999 – marzo 2001

Fecha medición	Personas
Sep-93	16.810
Mar-94	17.864
Sep-94	19.331
Mar-95	20.733
Sep-95	22.848
Mar-96	23.313
Sep-96	24.879
Mar-97	25.925
Sep-97	21.996
Mar-98	23.916
Sep-98	28.599
Mar-99	28.499
Sep-99	30.545
Mar-00	31.815
Sep-00	33.093
Mar-01	33.234

Fuente: Department of Health, Statistics from the Regional Drug Misuse Databases for six months ending March 2001, National Bulletin 2002/07, febrero 2002.

En términos generales, el tratamiento ha probado ser exitoso en el Reino Unido, según da cuenta el estudio nacional sobre los resultados del tratamiento, uno de los más completos del país. La investigación comenzó en 1995 y practicó un seguimiento a 1.000 usuarios crónicos de altas dosis de heroína o crack, que fueron tratados por distintos sistemas (hospitales, programas comunitarios, etc.). Los resultados indican que una parte importante de los participantes se mantuvo libre de drogas (38%), se logró aumentar significativamente la abstinencia de ciertas sustancias (la proporción de personas libres de opiáceos aumentó de 19% al comienzo del programa a 47% después de cinco años), se logró disminuir la cantidad de usuarios problema (el uso diario de heroína bajó de 51% a 18% de los participantes del programa), se redujo el porcentaje de usuarios intravenosos de 60% a 37%, y entre ellos disminuyó el porcentaje que compartía jeringas (de 14% a 5%).

<sup>20</sup> Se considera como usuario nuevo todo aquel que solicita tratamiento por primera vez en su vida, o por primera vez en los últimos 6 meses.

Respecto del financiamiento y administración de los programas de tratamiento, cabe destacar que en 2001 se creó la Agencia Nacional de Tratamiento (NTA, por su sigla en inglés) que es el órgano responsable de su provisión mediante la administración de un fondo consolidado y de establecer los estándares nacionales en la materia. La NTA supervisa a los DAT (*Drug Action Teams*) en este ámbito, siendo estos últimos los responsables de los servicios en su área y quienes manejan los fondos destinados a ella. En la provisión misma del tratamiento participan entidades privadas, públicas y del sector voluntario. Entre las últimas, cabe destacar *Turning Point* y *ADFAM National*. La primera es una entidad que lleva más de 35 años proveyendo servicios a quienes tienen problemas con las drogas o el alcohol, particularmente a los de más escasos recursos. Opera más de 60 servicios en todo el país, incluyendo proyectos residenciales, trabajo en las calles e intervenciones en el sistema de justicia criminal. *ADFAM National* es una entidad fundada en 1984, cuyo objetivo central es proveer apoyo directo a las familias afectadas por el abuso de drogas de uno de sus miembros.

Existen diversas modalidades de tratamiento, las cuales pueden aplicarse aislada o complementariamente en una atención integral. La elección del o de los elementos por incluir dependerá de las características del sujeto en cuestión, así como también del nivel de su dependencia. A continuación se exponen las principales modalidades de tratamiento utilizadas en el Reino Unido:

- a. Desintoxicación:** la meta de los programas de desintoxicación es reducir la cantidad de droga (usualmente heroína) en el cuerpo, para poder comenzar un tratamiento con miras al logro de la abstinencia. Para ello, las dosis se van disminuyendo gradualmente, hasta que el usuario está libre de drogas. Aunque en la mayoría de los casos la desintoxicación dura algunas semanas, a veces se requiere de un cese abrupto. Esta clase de programas se puede aplicar en hospitales, pero habitualmente se opta por una base comunitaria, en la que el individuo se mantiene viviendo en su casa y recibe apoyo para manejar el síndrome de privación.
  
- b. Programas de sustitución:** consiste en prescribir dosis controladas de cierta sustancia para sustituir la droga que produce dependencia. Se utiliza principalmente para tratar adictos a la heroína utilizando como droga de sustitución la metadona. Hay dos modalidades de programas de sustitución: programas de mantención (cuyo objeto es estabilizar al adicto) y de reducción (cuyo objeto es lograr la abstinencia). En el primer caso, la metadona se administra en una dosis constante, y lo que se busca es minimizar la actividad delictiva para financiar el vicio y reducir el daño producto de conductas riesgosas, como la utilización de jeringas infectadas. A veces, programas de esta clase anteceden un posterior esfuerzo para dejar la droga. Los programas de reducción, por su parte, consisten en administrar la droga de sustitución (metadona) en dosis progresivamente menores para aliviar el síndrome de abstinencia mientras la persona deja el hábito. Al finalizar esta clase de programas la persona ya no consume ni la droga original (heroína) ni la de sustitución (metadona). Los programas de sustitución en sus dos modalidades -mantención y reducción- generalmente se aplican en la comunidad y no requieren de internación; se acompañan de orientación y apoyo.

- c. Prescripción de heroína:** consiste en entregar heroína a personas con un alto nivel de dependencia que no gustan de la metadona o que continúan consumiendo heroína aunque reciban la droga de sustitución. En la actualidad, pocos médicos tienen licencia para recetar heroína a usuarios de las calles, y la prensa ha señalado que cerca de 300 personas estarían recibiendo esta clase de atención.
- d. Programas residenciales:** la persona es internada en un recinto especial para recibir atención conducente a lograr la abstinencia. Están dirigidos a personas cuyo nivel de dependencia o de comportamiento problemático es tal, que requieren esta clase de atención. Usualmente se exige que la persona esté libre de drogas en el momento de ser admitido, por lo que muchas veces es sometida a un período de desintoxicación previo. La duración es variable; la mayoría dura entre 3 y 6 meses, pero también hay tratamientos que se alargan hasta un año. Existen distintas modalidades de atención, entre las que destacan las comunidades terapéuticas y los programas de 12 pasos<sup>21</sup>. La provisión de programas residenciales fue introducida y se mantiene hoy, principalmente, gracias al sector voluntario y organizaciones independientes sin fines de lucro. Hay, aproximadamente, 70 programas operando en Inglaterra, con cerca de 1200 camas disponibles<sup>22</sup>.
- e. Orientación psicosocial y entrega de información.** Existen modalidades de intervención en que se trabaja con grupos o individualmente, con el objeto de motivar a los participantes a dejar las drogas. También hay programas de entrega de información sobre uso seguro de drogas, riesgos de intercambio de jeringas, formas de acceder a los servicios sociales, etc.
- f. Grupos de autoayuda:** son instancias en que los usuarios de drogas o sus familiares se reúnen para apoyarse mutuamente y darse ánimo en la tarea de superar el hábito o ayudar a un pariente a hacerlo. Uno de los más conocidos es Narcóticos Anónimos.
- g. Intercambio de jeringas:** es una de las iniciativas de reducción de daños más común, que consiste en establecer lugares en los cuales se pueden obtener jeringas esterilizadas a cambio de usadas. El objeto es prevenir el uso compartido de jeringas y evitar así la propagación de HIV, hepatitis B y C. Además, estos programas permiten establecer contacto con los usuarios para entregarles información y asistirlos para reducir sus conductas de riesgo. Según un estudio realizado en 1997<sup>23</sup> se estima que en el Reino Unido se entregan más de 27 millones de nuevas jeringas al año mediante los programas de canje.

<sup>21</sup> Programas de apoyo grupal que siguen los principios utilizados por Alcohólicos Anónimos, en los que mediante el intercambio de experiencias personales, se proporciona apoyo para cumplir con doce pasos de desarrollo espiritual, que ayudan a los participantes de cada sesión a mantenerse sobrios.

<sup>22</sup> Fuente: "Annual Report on the UK Drug Situation 2001".

<sup>23</sup> UK Syringe Exchange Survey 1997.

**h. Chequeo, vacunación y tratamiento de enfermedades que se transmiten por uso compartido de jeringas:** los usuarios de droga que se inyectan corren el riesgo de ser contagiados con el virus del SIDA y, hepatitis B y C si utilizan jeringas contaminadas. Por ello, además de los programas de canje de jeringas, la autoridad inglesa ha definido que los servicios de atención de drogadictos deben ofrecer exámenes para evaluar la presencia de estos virus. Con todo, según “*Annual Report of the UK Drug Situation 2001*”, sólo el 20% de los servicios cuenta con ello. También se ha señalado la importancia de vacunar contra la hepatitis B a quienes se exponen a mayor riesgo, para lo cual el Departamento de Salud ha destinado fondos adicionales. Por último, se pretende tratar a todos los usuarios de droga contagiados con hepatitis C.

A las diversas modalidades de atención se puede acceder mediante el sistema de salud y bienestar, o mediante el sistema de justicia criminal.

Muchos hospitales tienen unidades anexas (Unidades de Dependencia de Droga), que asisten a los adictos proveyendo orientación, programas de sustitución, de desintoxicación u otras modalidades de tratamiento. Asimismo, los médicos de familia y las Unidades de Emergencia atienden personas con problemas de droga y los derivan a las entidades pertinentes. También existen agencias (a veces llamadas Servicio o Equipo Comunitario de Droga) en la mayoría de las áreas del Reino Unido, que atienden en horario de oficina a quienes requieran ayuda. Por último, hay iniciativas que salen a buscar a las personas que tienen problemas con las drogas, pero que no piden ayuda. Estos últimos suelen realizarse bajo el alero de otros programas o agencias.

El sistema de justicia criminal, por su parte, también es utilizado para someter a tratamiento a personas que utilizan drogas y que se han visto comprometidas en actividades delictivas. En los lugares de detención, las prisiones y los servicios de libertad vigilada, se desarrollan programas que identifican a quienes sufren esta clase de problemas y les ofrecen alternativas, dependiendo, entre otras variables, de su calidad penal. A continuación se exponen los tres principales mecanismos mediante los cuales una persona en conflicto con la justicia puede acceder a tratamiento:

**a. Referencia de Arrestados (Arrest Referral):** el esquema de referencia fue introducido en 1996 para ofrecer ayuda a los consumidores de droga que son arrestados, aprovechando el vínculo existente entre los oficiales de policía y ellos. Los policías les ofrecen distintos tipos de ayuda, lo que incluye información para contactar agencias especializadas (números telefónicos, direcciones) y la orientación de trabajadores sociales que esperan en los centros de detención. Una de las ventajas de este esquema es la identificación de potenciales candidatos para una *DTTO* (ver b.), en caso de que finalmente se dicte condena. Según las últimas estadísticas publicadas sobre esta materia, entre octubre de 2000 y septiembre de 2001 se realizaron 57.653 entrevistas a arrestados, con el objeto de orientarlos y ayudarlos bajo el esquema de referencias.

- b. Orden de Tratamiento y Testeo de Droga (*Drug Treatment and Testing Order, DTTO*):** es una sentencia comunitaria (alternativa a la privación de libertad) que consiste -como indica su nombre- en el sometimiento a tratamiento y a chequeos periódicos para monitorear el éxito en la reducción o suspensión del uso de drogas. Cuando una corte impone una *DTTO*, especifica que (i) el infractor deberá someterse a tratamiento como parte de la sentencia comunitaria, (ii) el infractor deberá someterse regularmente a chequeos, y (iii) el progreso del individuo será monitoreado constantemente por la corte. Esta medida está especialmente dirigida a usuarios problema de droga mayores de 16 años, y a quienes cometen delitos para financiar su hábito que estén dispuestos a participar y que enfrentan la corte por una infracción que justifica una sentencia de esta clase. La imposición de una *DTTO* requiere del consentimiento del condenado, pero si el participante ya ha aceptado y rehúsa someterse a los chequeos, la orden puede ser revocada y en su reemplazo puede aplicarse una condena de reclusión. Una sentencia *DTTO* suele durar entre 6 meses y tres años y puede incluir variadas formas de tratamiento (desintoxicación, programa residencial, orientación, etc.). Estas órdenes fueron introducidas en la Ley de Crimen y Desorden de 1998 y han estado disponibles desde el 30 de septiembre de ese año. Comenzaron a aplicarse en tres pilotos, y en 2000 se expandieron al resto de Inglaterra y Gales. La evaluación del programa piloto sobre la base de entrevistas a los participantes concluyó que, al comienzo de la orden, ellos redujeron sustancialmente el uso de drogas y la comisión de delitos. El gasto promedio por persona en drogas se redujo desde un promedio de 400 libras semanales (en las 4 semanas antes de entrar al programa) hasta 25 libras en las primeras semanas de la orden. El número de delitos adquisitivos cometidos por 119 detenidos se redujo desde 137, en el mes previo al programa, a 34, en el primer mes de participación. Entrevistas realizadas 6 meses después mostraron que estos resultados se mantienen generalmente en el tiempo. Hasta marzo de 2001 se habían dictado más de 1.200 *DTTO* en el Reino Unido.
- c. Orientación, Evaluación, Referencia, Consejo y Atención (*Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Service, CARATs*):** programa que se ofrece a los reclusos que tienen problemas de droga dentro de los recintos carcelarios. Éstos son identificados por el personal de la cárcel, por agencias externas (servicio de libertad vigilada, cortes, etc.) o por ellos mismos y referidos al programa. *CARATs* es provisto por organizaciones externas que se dedican a la atención de adictos en la comunidad, sobre la base de contrataciones competitivas. *CARATs* es una intervención multidisciplinaria de baja intensidad, que busca satisfacer las necesidades de ayuda de la gran mayoría de los reclusos con problemas de droga. El personal de *CARATs* diseña un plan a la medida de cada participante y establece los vínculos necesarios con las unidades de educación, salud y planificación de sentencia dentro de la cárcel. Asimismo, puede referir a sus participantes a programas externos (tratamiento intensivo, desintoxicación, etc.), una vez que son puestos en libertad. En la actualidad, el programa opera en todas las prisiones de Inglaterra y Gales y es accesible a todos los reclusos.

## 5. Política de control

La política de control tiene relación con los esfuerzos para reprimir la oferta y demanda de drogas, principalmente mediante la aplicación de las leyes vigentes en este ámbito. El énfasis está puesto en la reducción de la disponibilidad (oferta) de drogas, particularmente de aquellas de clase A. Por su parte, la demanda se aborda mediante el control de la posesión, por cuanto el consumo en sí no es una infracción en el Reino Unido<sup>24</sup>.

### A. Tráfico

La cuarta área de la estrategia está orientada a reprimir la oferta de drogas controladas en el país. Aunque se refiere a todas las sustancias ilegales, se focaliza especialmente en las de Clase A y -dentro de ellas- en la heroína y la cocaína. De hecho, el objetivo clave en esta materia corresponde a una reducción del 25% para 2005 y de 50% para 2008 en la disponibilidad de drogas Clase A. Ello se ve favorecido por un esquema penal coherente, en cuanto define las penas aplicables a delitos de tráfico y producción en relación con la categoría de la droga en cuestión, siendo éstas superiores en el caso de las Clase A. De hecho, la producción o tráfico de drogas Clase A puede ser sancionada hasta con pena de muerte, mientras que si la sustancia en cuestión es Clase C, sólo puede recibir una pena de reclusión de hasta 5 años y multa. Evidentemente, no todos los casos reciben las penas máximas.

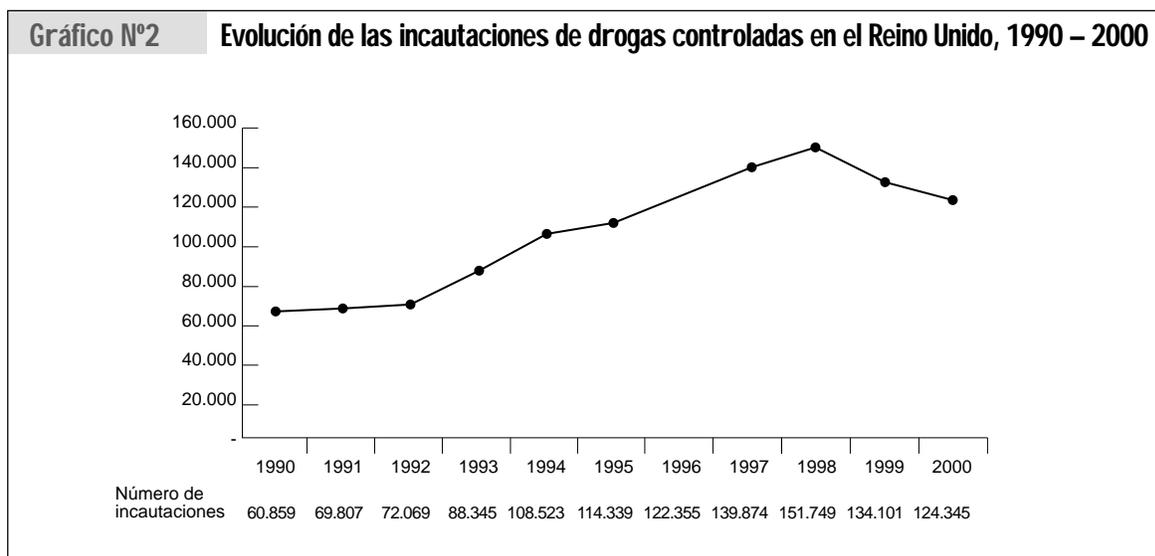
Para la represión del tráfico se parte de la base de que ninguna agencia por sí sola es capaz de reducir significativamente la oferta de drogas, por lo que se aboga por un enfoque intersectorial. Por ello se creó la Acción Concertada Inter-agencia contra las Drogas (*Concerted Inter-agency Drugs Action, CIDA*) que es la principal entidad a cargo de desarrollar la línea de reducción de disponibilidad de la estrategia. El CIDA es presidido por el Servicio de Aduanas y lo integran la Brigada Nacional del Crimen (*National Crime Squad*), el Servicio Nacional de Inteligencia Criminal (*National Crime Intelligence Service*), la Agencia Escocesa de Control de Droga (*Scottish Drug Enforcement Agency*), la Policía Metropolitana, la Asociación de Oficiales Jefe de la Policía, El Departamento de Interior, el Gabinete Ministerial (*Cabinet Office*) y la Cancillería, entre otros.

Los esfuerzos se realizan en varios niveles: en los países de origen, intentando reducir la oferta total de sustancias ilegales, en las fronteras y rutas de comercio, para minimizar lo que entra al país, en los centros de producción interna y, en las calles y barrios del país. Por eso mismo, las herramientas utilizadas incluyen el trabajo de inteligencia, la diplomacia y la acción policial, entre otros.

<sup>24</sup> Formalmente sólo el consumo de opio es ilegal.

Los resultados del trabajo en esta área se manifiestan en la evolución de las incautaciones y del número de personas con las que la justicia debe lidiar por ilícitos relacionados con la droga. A continuación se presentan estas estadísticas.

En el Gráfico N°2 se observa que el número de incautaciones totales (de todas las drogas controladas) aumentó sostenidamente hasta 1998 y luego descendió en los dos años siguientes. La baja entre 1998 y 2000 se debió en gran medida a la reducción de las incautaciones de cannabis y anfetaminas<sup>25</sup> lo cual podría ser producto de la focalización de las políticas a partir de ese año en las drogas clase A<sup>26</sup>.



Fuente: Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002

De hecho, las incautaciones de drogas Clase A aumentaron sostenidamente durante todo el período analizado, registrando un total de más de 34 mil en 2000. También aumentaron su participación sobre las incautaciones de todo tipo de drogas, correspondiendo ese año al 27% del total (ver Cuadro N°4).

<sup>25</sup> Datos no presentados en este informe. Los datos aparecen en "Drug Seizure and Offender Statistics", United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002.

<sup>26</sup> En "Enfrentando las drogas..." se señala que la política se reorientará a atacar a las drogas clase A y, dentro de ellas, a la cocaína y la heroína. De hecho, las metas sobre disponibilidad se refieren a ese tipo de drogas.

**Cuadro N°4**

**Evolución del número y fracción de drogas Clase A sobre el total incautaciones en el Reino Unido, 1990 – 2000**

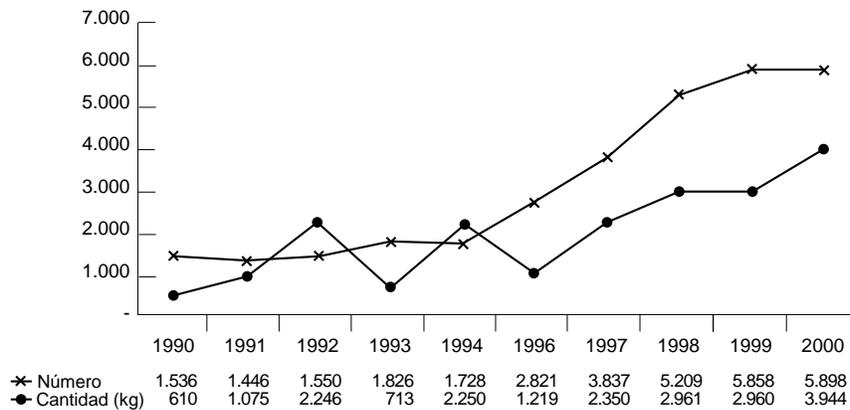
Año	Número	% sobre total de incautaciones
1990	7.153	12%
1991	8.504	12%
1992	10.784	15%
1993	12.200	14%
1994	13.950	13%
1995	17.372	15%
1996	22.006	18%
1997	24.791	18%
1998	28.801	19%
1999	30.917	23%
2000	34.097	27%

Fuente: Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002

Las incautaciones de cocaína y heroína –las principales drogas Clase A en que se centra la estrategia de control del Reino Unido- también evolucionaron al alza individualmente. En los gráficos siguientes se presenta el número de incautaciones y la cantidad total requisada.

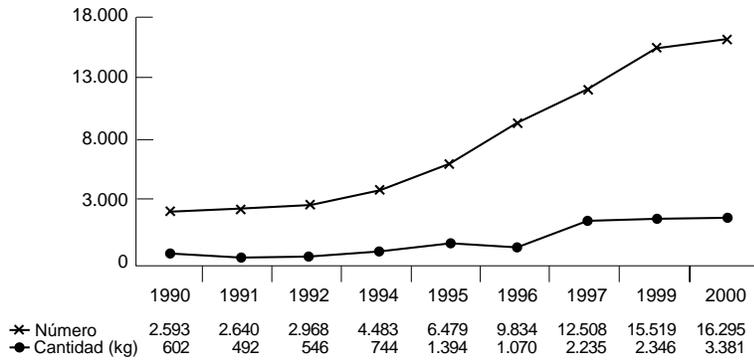
**Gráfico N°3**

**Evolución del número y cantidad (Kg) de incautaciones de cocaína en el Reino Unido, 1990 – 2000**



Fuente: Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002.

**Gráfico N°4 Evolución del número y cantidad (Kg) de incautaciones de heroína en el Reino Unido, 1990 – 2000**

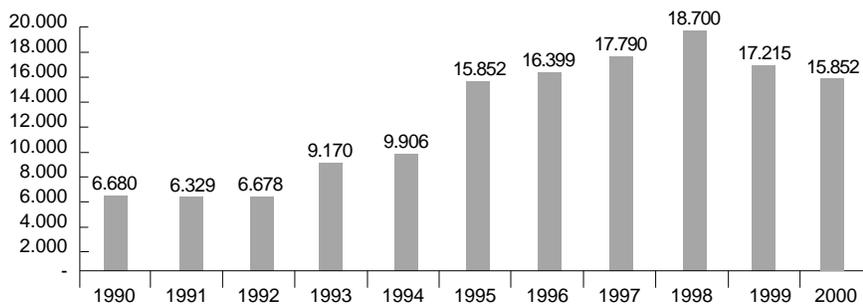


Fuente: Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002.

De los datos presentados se desprende que, a pesar de la baja en el número total de incautaciones de drogas controladas luego del lanzamiento de la nueva estrategia (1998), la política de control ha sido exitosa, por cuanto ha logrado aumentar el número y cantidad de decomisos de drogas Clase A, que son las que mayor daño producen. Esto, sin embargo, no implica necesariamente una baja en la disponibilidad de droga para el consumidor final, por cuanto la cantidad de drogas que logra entrar depende también de la producción total.

Por otra parte, las estadísticas en relación con la cantidad de personas que entran en contacto con la justicia por delitos de tráfico indican que hasta 1998 el número de personas que fueron detectadas por el sistema mantuvo una tendencia al alza, la cual se habría revertido a partir de ese año.

**Gráfico N°5 Número de personas que entraron en contacto con la justicia\* por tráfico\*\*, 1990 – 2000**



\* condenadas, amonestadas, multadas o tratadas mediante arreglo.

\*\* producción, venta, posesión con intención de vender, importación y exportación de drogas controladas.

Fuente: Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002.

Sin embargo, el número de personas con las que lidió la justicia por infracciones de comercio (posesión con intención de vender, vender, importar o exportar) que involucraron drogas Clase A, aumentaron desde 9.700 en 1999 hasta 12.100 en 2000, lo que significa un aumento del 25%. Entre 1998 y 1999 aumentaron en 20%<sup>27</sup>.

En síntesis, la baja en el número de personas con las que se lidió por infracciones de tráfico desde 1998 se debió a la reducción de las relativas a las drogas Clase B o C, por cuanto las correspondientes a Clase A aumentaron en ese mismo período.

En relación con la población que cumple sentencia en prisión por delitos relacionados con drogas en Inglaterra y Gales, se conoce que del total de reclusos de 2000 (52.226 personas), un 16% corresponde a condenados por delitos de drogas.

Además del trabajo de represión del tráfico de drogas ilegales, cuyos principales resultados son las incautaciones y las personas tratadas por el sistema policial y judicial, en el Reino Unido se desarrollan iniciativas de variada índole, como la que se aplica hace algún tiempo respecto de los solventes volátiles y que se describe a continuación. Ella fue desarrollada a causa de una nueva legislación (1999) que prohíbe la venta a menores de 18 años de butano o productos que contengan butano, sustancia que está presente en el combustible para recargar los encendedores. La norma mencionada se suma a lo previsto en la Ley de Oferta de Sustancias Tóxicas (*Intoxicating Substances Supply Act*) de 1985 que prohíbe la venta a de cualquier sustancia que tenga potencial de abuso (distinta de las drogas controladas) a menores de 18, si hay razones para sospechar que inhalarán sus vapores con el objeto de intoxicarse.

*Health Promotion England's (HPE's)* ha desarrollado una campaña de educación destinada a informar a los comerciantes de los peligros que acarrea la inhalación de la recarga de encendedores y la legislación vigente. Este trabajo ha involucrado una asociación con el Departamento de Comercio e Industria y con los oficiales encargados del cumplimiento de los estándares de comercio en el nivel local. Por esta iniciativa se han repartido panfletos informativos y se ha dispuesto de una página web ([www.canban.com](http://www.canban.com)) para satisfacer las necesidades de información de los comerciantes.

## B. Posesión

El consumo de drogas no es una infracción en el Reino Unido, aunque sí lo es a posesión de ellas<sup>28</sup>. Las penas aplicables por tenencia varían según la sustancia en cuestión, siendo más elevadas cuanto mayor sea el riesgo potencial de abuso de ella. La posesión de drogas Clase A (heroína, cocaína, éxtasis) puede ser castigada con un período de reclusión de hasta 7 años y una multa por un valor sin restricción, mientras que la

<sup>27</sup> Fuente: Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000, 17 de mayo de 2002. La información aparece en texto, aunque no se acompaña de las tablas correspondientes.

<sup>28</sup> Formalmente sólo el consumo de opio es ilegal.

tenencia de drogas Clase B o C se castiga con penas máximas inferiores (ver capítulo III)<sup>29</sup>.

No todos los casos serán castigados con las penas máximas señaladas en la ley. Pueden ser impuestas sanciones inferiores o penas alternativas a la reclusión (órdenes comunitarias). Además, aunque el caso no termine en condena, existen otras formas de lidiar con la posesión de drogas. A continuación se exponen los principales mecanismos utilizados para controlar la posesión de drogas ilegales.

**a. Detención y Registro:** la Ley de Abuso de Drogas establece que es posible detener y registrar a cualquier persona si existen razones para suponer que ella está en posesión de alguna droga controlada, y la Ley de Evidencia Policial y Criminal (*PACE*) establece directrices para el ejercicio de esta facultad discrecional. Desde los años noventa, el número de detenciones y registros por droga ha aumentado desde 97.800 en 1990 hasta 343,900 en 1997-1998. Los arrestos producto de estas detenciones también se han elevado desde 16.000 en 1990 a 39.000 en 1997/8, pero los arrestos como proporción de la detención/registro han bajado desde 16% hasta 12% en el mismo período. Lo anterior indicaría una baja en la eficacia de las detenciones/registro. Si bien esta facultad de la policía ha sido debatida, en general se reconoce que ha ayudado a combatir las drogas y debe ser mantenida. De hecho, el Reporte de la Investigación Independiente sobre la Ley de Abuso de Drogas<sup>30</sup> aconsejó mantener esta facultad, aunque apoyó la iniciativa para su manejo más justo.

**b. Arresto:** la legislación establece que una persona puede ser arrestada por una ofensa cuya pena máxima sea superior a los 5 años de presidio, lo que implica que una persona puede ser arrestada por posesión de drogas clase A o B, aunque no C. En la actualidad se debate sobre la posibilidad de traspasar la marihuana a la categoría C, con lo que su posesión dejaría de ser una infracción “arrestable”.

**c. Alternativas a la condena:** existen medidas que se imponen como alternativa al proceso y condena en casos en que se cumplen algunas condiciones. Entre ellas, destacan principalmente las Reprimendas y Advertencias para niños menores de 14 y jóvenes entre 14 y 17 años, respectivamente, y el sistema de Amonestación (caution) para los adultos sobre 18 años. Todas estas medidas exigen como requisito que el imputado reconozca la infracción. En el caso de las Advertencias, el joven es derivado a un Equipo de Infractores Juveniles (*Young Offenders Team*), para que sea evaluado; ese equipo puede derivarlo a tratamiento, según corresponda. Las Reprimendas y Amonestaciones, en cambio, no imponen condiciones. La amonestación se usa en una proporción crecientemente significativa de casos de posesión. En 1997, el 58% de los casos de tenencia de cannabis fue resuelto mediante una orden de

<sup>29</sup> Estas penas corresponden a los casos de posesión simple. Cuando hay intención de suministrarla a terceros, las sanciones correspondientes son las referidas al tráfico. Esta distinción se hace sobre la base de varios antecedentes entre los cuales está la cantidad de droga en cuestión

<sup>30</sup> “Drugs and the Law: Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971”, The Police Foundation, 2000.

Amonestación, mientras que para los casos de posesión de cocaína, heroína y anfetaminas, el porcentaje que terminó de esta manera fue de 26%, 23% y 33%, respectivamente. Las proporciones para 1999 fueron significativamente inferiores<sup>31</sup>.

Además de las iniciativas para reprimir la posesión de drogas en la población general recientemente expuestas, se han diseñado planes para evitar que ello ocurra dentro de las cárceles, más allá de las iniciativas para dar tratamiento a los reclusos que lo necesitan. El principal método utilizado para disuadir a los internos de consumir drogas es el Programa de Testeo de Droga Obligatorio (*Mandatory Drug Testing Programme*), por medio del cual los reclusos son sometidos regularmente a un chequeo de orina para evaluar la presencia de drogas. Si el test es positivo, la pena puede ser extendida.

Paralelamente a este proceso, existen en el Reino Unido las llamadas “Cortes de Droga”, por medio de las cuales, los infractores por delitos relacionados con drogas son procesados mediante una instancia especial, con jueces capacitados y con sentencias que contemplan la rehabilitación y la reinserción social de los adictos.

## 6. Aspectos internacionales

Las principales instancias internacionales en las que se aborda el tema drogas y que participa el Reino Unido son las Naciones Unidas (UN), la Unión Europea (EU) y el Grupo de los Ocho (G8). Además, el Reino Unido trabaja bilateralmente con varios países.

En el marco de las Naciones Unidas, participa en el Programa Internacional de Control de Drogas (*UN International Drug Control Programme, UNDCP*) que fue establecido en 1991 para fortalecer la acción internacional contra la producción de drogas, el tráfico y la delincuencia asociada. Como parte de este programa, Keith Hellawell (el primer coordinador de “Enfrentando las Drogas para Construir una Inglaterra Mejor”) encabezó una misión de las Naciones Unidas para discutir formas de colaboración para combatir el tráfico de heroína entre esa entidad y Turquía. Además, cabe destacar que el Reino Unido ha ratificado las tres principales convenciones sobre cooperación internacional en relación con las drogas ilícitas de las Naciones Unidas, que son: (i) Convención única sobre drogas narcóticas de 1961 (con un protocolo adicional de 1972), (ii) Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, y (iii) Convención contra el tráfico ilegal de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas de 1988 (también conocida como Convención de Viena).

<sup>31</sup> Fuente: Home Office. Citado en “Drugs and the Law: Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971”, The Police Foundation, 2000, pág. 30.

Dentro de la Unión Europea también se desarrollan iniciativas para coordinar los esfuerzos de los países miembros para combatir las drogas. Bajo su alero funciona, desde 1993, el Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (*EMCDDA*, por su sigla en inglés) que se encarga de la provisión de datos objetivos, confiables y comparables en el nivel europeo sobre el fenómeno de las drogas, la adicción y sus consecuencias. Además, en junio de 2000 se estableció el Plan de Acción en Drogas de la Unión Europea 2000-2004, cuyo objetivo es definir prácticas concretas para apoyar la Estrategia de Drogas de la unión continental. El Reino Unido ha colaborado con los países postulantes a la Unión Europea para que cumplan los estándares de la agrupación continental en materia de drogas. Destaca el trabajo con Bulgaria mediante el proyecto “*Twinning*”, cuyo objetivo fue fortalecer las instituciones búlgaras para que enfrenten satisfactoriamente las drogas. El trabajo en este país es de particular importancia, debido a su posición estratégica en la ruta de tráfico de los Balcanes.

La amenaza de las drogas también es un tema que aborda el grupo de los ocho principales países industrializados, entre los que se cuenta el Reino Unido. Los países miembros han acordado apoyar las iniciativas de las Naciones Unidas, trabajar en la reducción de la demanda dentro de sus fronteras y atacar la oferta de drogas conjuntamente. En el Comunicado de Okinawa, lanzado en julio de 2000 se le dio particular importancia al comercio ilegal de precursores químicos para la producción de drogas ilegales y al aumento del consumo de droga sintéticas.

Además de la participación en agrupaciones internacionales, el Reino Unido trabaja bilateralmente con los gobiernos de países que constituyen una amenaza para el Reino Unido, porque son productores o porque son utilizados como vías de tránsito desde el lugar de origen de la droga hasta el mercado inglés. Específicamente, se han destinado recursos para la capacitación de los funcionarios de los Servicios de Aduana de esos países y para ayudar a hacer más efectiva la aplicación de la ley en ellos. Entre los países con los que se trabaja destacan Colombia, países del Caribe del este, Irán, Pakistán y los Balcanes.

Por último, las autoridades del Reino Unido se reúnen periódicamente con sus pares de otros países para intercambiar experiencias en la materia.

La acción internacional en materia de drogas compromete a una serie de departamentos y agencias de gobierno, entre los que destacan la Cancillería, el Departamento de Estado, el Departamento de Desarrollo Internacional, el Servicio de Aduanas, el Ministerio de Defensa, el Servicio Nacional de Inteligencia Criminal y la Policía (principalmente mediante la Brigada Nacional del Crimen).

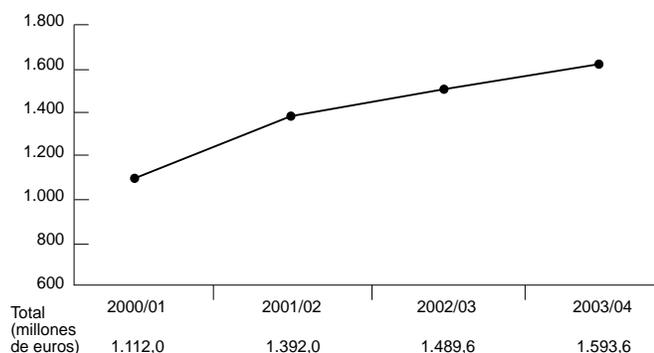
## VI. PRESUPUESTO

El año 1998 se publicó el *White Paper* “Informe Exhaustivo del Gasto” (*Comprehensive Spending Review, CSR*), en el cual, por primera vez, se separa explícitamente el presupuesto destinado a drogas, en línea con la estrategia “Enfrentando las Drogas para Construir una Inglaterra Mejor”. Ello requirió un análisis interministerial, por cuanto son varios los departamentos y agencias con responsabilidad sobre la aplicación de la política gubernamental en esta materia. Al CSR de 1998 siguió el de 2000, que fija el gasto estimado hasta el período 2003/04. Es ésta la fuente de los datos que se entregan a continuación.

Durante el período 2001/02 el gobierno gastó cerca de 1.392 millones de euros<sup>32</sup> en la estrategia de control de drogas. Este monto es superior a lo gastado el período anterior e inferior a lo presupuestado para los dos años que siguen, lo que indica que el gasto en esta materia evoluciona al alza. Entre 2000/01 y 2001/02 hay un aumento del orden de 25% y en los siguientes dos intervalos el crecimiento es del orden de 6%, lo que completa un crecimiento cercano al 10% como promedio anual (ver Gráfico N°6).

**Gráfico N°6**

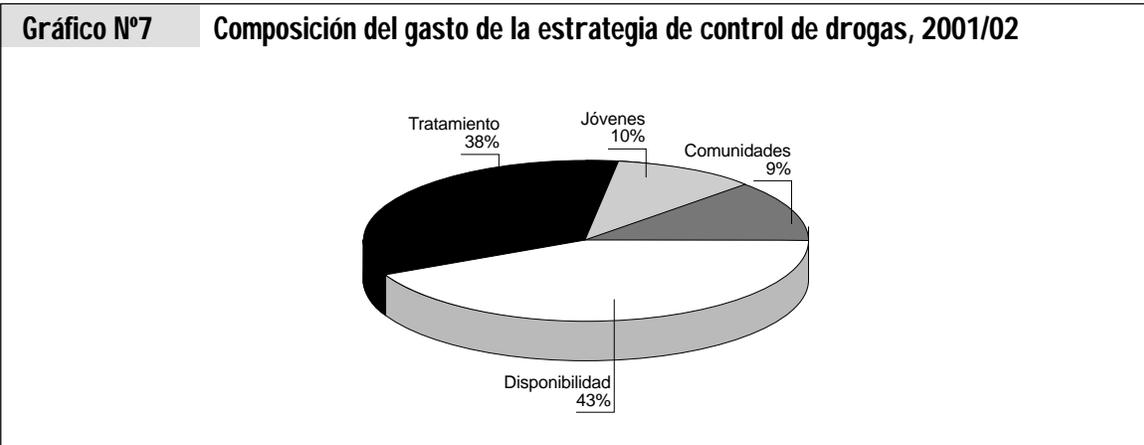
**Evolución y proyección del gasto del Gobierno en la estrategia contra las drogas (millones de euros<sup>32</sup>)**



Fuente: HM Treasury, “Spending Review 2000”.

<sup>32</sup> Paridad al 30 de Diciembre de 2002: 0,9604 euros por dólar.

Este monto se descompone en relación con su correspondencia con las cuatro áreas de la estrategia, según ella fue definida por la autoridad: son jóvenes, comunidad, tratamiento y disponibilidad. En el Gráfico N°7 se presenta el gasto desagregado para el período 2001/02

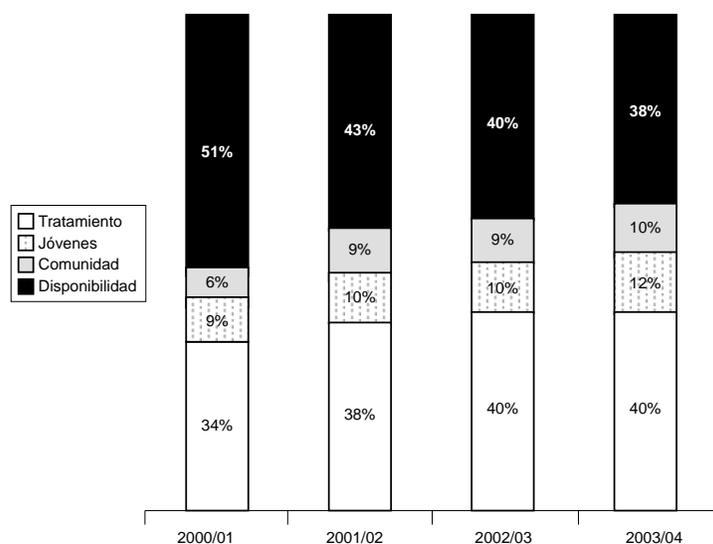


Fuente: HM Treasury, "Spending Review 2000".

Se observa que el 43% del gasto se utiliza con el fin de reducir la disponibilidad de drogas, costeados los planes desarrollados por el Servicio de Aduanas, las Policías y otras entidades para prevenir que la droga entre al país y se comercialice. El 48% corresponde a políticas orientadas a reducir la demanda por droga, lo que incluye el gasto en tratamiento (reduce la demanda futura de usuarios actuales) y prevención (evita que quienes no demandan drogas hoy lo hagan en el futuro). El área "comunidad" da cuenta del 9% restante, y bien puede ser sumado al monto destinado a la reducción de demanda. En efecto, siendo su objetivo clave reducir la reincidencia entre quienes tienen conflictos con la justicia y son consumidores problema, la acción se dirige principalmente a dar tratamiento a este segmento de la población.

En el gráfico N°8 se presenta la evolución del gasto proyectada para el período comprendido entre 2000/01 y 2003/04, según la proporción que cada ítem representa en el presupuesto total de drogas para cada período, desagregado según las cuatro áreas antes mencionadas: jóvenes, comunidades, tratamiento y disponibilidad.

**Gráfico N°8** Evolución y proyección del gasto del Gobierno en la estrategia contra las drogas desagregado en sus cuatro áreas (como porcentaje del gasto de drogas anual)



Fuente: HM Treasury, "Spending Review 2000".

Se observa que el ítem tratamiento contempla un mayor crecimiento entre 2000 y 2004, año en que superará lo presupuestado en el ítem disponibilidad, convirtiéndose en el área de mayor gasto (40%). Por su parte, el gasto en disponibilidad registrará un leve aumento en términos absolutos, pero perderá participación como porcentaje del presupuesto total (de 51% a 38%). Se contempla un alza en el gasto en jóvenes y comunidades, en términos absolutos y como porcentaje del gasto anual.

Por último, cabe destacar una iniciativa desarrollada por las autoridades del Reino Unido para obtener recursos para financiar la estrategia: el Fondo de Activos Confiscados. Mediante ella, una proporción de los bienes requisados como parte de los operativos de desarticulación de bandas y represión de la actividad del narcotráfico, es utilizada para financiar planes de prevención, tratamiento u otras iniciativas de la estrategia nacional para enfrentar las drogas. El Fondo de Activos Confiscados se creó en 1999 y, desde entonces, cerca de 24 millones de libras (38 millones de dólares<sup>33</sup>) han sido redirigidos desde los traficantes hacia las políticas para minimizar el impacto de las drogas en la sociedad.

<sup>33</sup> Paridad al 30 de Diciembre de 2002: 0,6237 libras por dólar.



## VII. RESULTADOS

En la presentación del plan “Enfrentando las drogas...” de 1998, tanto el Primer Ministro como el Coordinador de la Estrategia señalaron que su misión es “*contar con una sociedad saludable y confiada, progresivamente libre del daño que causa el abuso de drogas*”. Este daño se evita, en primer término, reduciendo el número de consumidores (uno de sus objetivos clave), pero también -en los casos en que ello no es posible- aplicando planes orientados a minimizar las conductas de riesgo asociadas al consumo, que aumentan el mal que las sustancias provocan en sí mismas. El canje de jeringas y la provisión de metadona son programas de reducción de daños que se aplican actualmente en Inglaterra. Por eso, al evaluar la estrategia deben considerarse -además de los logros en reducción de las prevalencias- los éxitos obtenidos en controlar las enfermedades contagiosas, las muertes por sobredosis y otros elementos de esta clase. El presente capítulo de resultados se dedica a la evaluación macro de la estrategia según la misión señalada por las autoridades, concentrándose en la evolución del consumo y algunos indicadores de reducción de daños<sup>34</sup>.

Una de las más amplias y recientes evaluaciones de la estrategia del Reino Unido para enfrentar las drogas fue la realizada por el Comité de Asuntos Internos. Esta agrupación fue comisionada por la Cámara de los Comunes con ese fin. En mayo de 2002, el comité publicó un informe titulado “La Política de Drogas del Gobierno: ¿está funcionando?”, luego de haber recibido evidencias y testimonios de gran cantidad y variedad de expertos e instituciones que trabajan en el área.

En su informe, el Comité señala haber recibido opiniones variadas respecto del éxito de la política gubernamental de drogas. En general, se le reconoce el mérito de haber estructurado las iniciativas dispersas y de haber establecido las bases para la coordinación y trabajo conjunto de las diversas agencias que trabajan en el área. Respecto de los resultados mismos, quienes entregaron su

<sup>34</sup> No se exponen en esta sección los resultados obtenidos en relación con los cuatro objetivos claves y los múltiples objetivos secundarios definidos en las cuatro áreas de acción (ver sección metas), ya que ellos son, en realidad, objetivos intermedios, cuyo propósito final es reducir el consumo y el daño asociado. En todo caso, en el capítulo sobre la estrategia se presentan algunos resultados parciales en prevención, asistencia de adictos y control.

opinión consideraron que la estrategia no ha sido exitosa en sus primeros años, aunque no hubo concordancia en la causa de ello: mientras algunos consideran que es un problema de la lógica misma de la estrategia, otros creen que los magros logros exhibidos han sido más bien producto de falencias en la aplicación de ella.

El resto del capítulo se dedica a la exposición y análisis de las principales estadísticas en relación con el consumo de drogas y los daños asociados.

## 1. Evolución del consumo juvenil

El primer objetivo clave de “Enfrentando las drogas...” es reducir la fracción de personas menores de 25 años que reportan haber usado alguna droga clase A -particularmente cocaína y heroína- en 25% en 2005, y en 50% en 2008. Por uso, se refiere a la prevalencia año y mes, es decir, el porcentaje de personas que declara haber consumido la droga al menos una vez durante el año y mes previo a la encuesta, respectivamente.

Esta meta fue formalmente introducida en 1998, por lo que se dispone sólo del período entre ese año y 2000 para evaluar el avance en el cumplimiento de ella. Con ese fin se presentan en el Cuadro N°5 los datos relevantes sobre consumo juvenil<sup>35</sup>.

**Cuadro N°5** Consumo juvenil (16 a 24 años) de drogas Clase A, 1998 – 2000

	1998	2000
<b>Total Clase A</b>		
<i>Prevalencia año</i>	8,28	9,24
<i>Prevalencia mes</i>	3,43	4,76
<b>Cocaína</b>		
<i>Prevalencia año</i>	3,08	4,94
<i>Prevalencia mes</i>	0,83	1,79
<b>Heroína</b>		
<i>Prevalencia año</i>	0,3	0,8
<i>Prevalencia mes</i>	0,27	0,32

Nota: ninguno de los aumentos es significativo con  $p < 0,05$ .  
Fuente: British Crime Survey 2000.

<sup>35</sup> La fuente de información oficial y más general es el Módulo de Drogas de la Encuesta Británica del Crimen (Drug Misuse Declared: Results from the British Crime Survey), que arroja datos comparables sobre esta materia desde 1994. La medición cubre a la población entre 16 y 59 años de edad de Inglaterra y Gales y correspondió a una muestra de 13.021 personas el año 2000.

Los valores registrados para ambas prevalencias en la encuesta de 2000 son superiores a los correspondientes al año 1998 en las drogas Clase A, cocaína y heroína, aunque cabe señalar que ninguno es significativo al 95%<sup>36</sup>. Se requerirán series más largas para evaluar si estos aumentos indican tendencia o no, pero sí es claro que en los primeros dos años de la estrategia no se logró el objetivo de reducción del consumo juvenil de drogas Clase A, aunque éste tampoco se acrecentó significativamente.

Para complementar esta información, en el Cuadro N°6 se amplía el marco de análisis en tres direcciones:

- (i) Se alarga el período cubierto, incorporando las mediciones de 1994 y 1996<sup>37</sup>. Aunque la estrategia actual data de 1998, ella es la continuación de la desarrollada entre 1995 y 1998 que, a su vez, recogió las iniciativas aplicadas anteriormente.
- (ii) Se incluyen más drogas, como cannabis y crack. Aunque la política se concentra en las Drogas Clase A y, dentro de ellas, en la cocaína y la heroína, explícitamente señala que el resto de las drogas también deben ser consideradas.
- (iii) Además de las prevalencias año y mes, se presenta la prevalencia vida, indicador correspondiente a la fracción de encuestados que señala haber consumido la sustancia en cuestión al menos una vez en la vida. Este dato permite contar con una cota máxima en relación con el porcentaje de gente en contacto con determinada droga, pero, para evaluar la estrategia, tiene un valor inferior respecto de la prevalencia año y mes.

Estos datos permiten formarse una idea de cómo ha evolucionado el consumo de drogas ilegales de los adolescentes entre 1994 y 2000:

<sup>36</sup> Cabe destacar que la razón por la cual los importantes aumentos en términos porcentuales no son significativos es que es muy bajo el número total de personas que consumen estas drogas.

<sup>37</sup> La primera medición comparable de British Crime Survey es de 1994.

**Cuadro N°6 Consumo juvenil (16 a 24 años) de varias drogas, 1994 – 2000**

	1994	1996	1998	2000
<b>Cannabis</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	36 **	39 *	44	45
<i>Prevalencia año</i>	26	26	27	26
<i>Prevalencia mes</i>	16	16	17	17
<b>Cocaína</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	3 **	4 **	7 *	10
<i>Prevalencia año</i>	1 **	1 **	3	5
<i>Prevalencia mes</i>	< 0,5 *	< 0,5 **	1	2
<b>Crack</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	1 **	2	2	2
<i>Prevalencia año</i>	< 0,5	< 0,5	< 0,5	1
<i>Prevalencia mes</i>	0	< 0,5	< 0,5	< 0,5
<b>Heroína</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	1	1	1	2
<i>Prevalencia año</i>	1	< 0,5	< 0,5	1
<i>Prevalencia mes</i>	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5
<b>Éxtasis</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	8 *	11	11	11
<i>Prevalencia año</i>	4	6	5	5
<i>Prevalencia mes</i>	2 *	3	2	3
<b>LSD</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	12	12	12	11
<i>Prevalencia año</i>	6	4	3	2
<i>Prevalencia mes</i>	2 *	1	< 0,5	1
<b>Hongos alucinógenos</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	11	9	11	10
<i>Prevalencia año</i>	4	2	4	2
<i>Prevalencia mes</i>	< 0,5	< 0,5	< 0,5	1
<b>Clase A</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	20	19	20	20
<i>Prevalencia año</i>	9	9	8	9
<i>Prevalencia mes</i>	3	4	3	5
<b>Cualquier droga</b>				
<i>Prevalencia vida</i>	45 *	47	52	50
<i>Prevalencia año</i>	29	29	29	29
<i>Prevalencia mes</i>	17	18	19	18

\* cambio significativo respecto de 2000 con  $p < 0,05$ \*\* cambio significativo respecto de 2000 con  $p < 0,01$ 

Nota: los datos se presentan sin decimales en la fuente.

Fuente. British Crime Survey 2000.

- **Cannabis (marihuana y hachís):** estable / al alza. La cantidad de jóvenes que prueba la droga aumentó fuertemente en el período analizado, particularmente entre 1994 y 1998. No hubo cambios significativos en la proporción de adolescentes que consumieron en una base anual y mensual, aunque esta última sí registró un aumento (no significativo).
- **Cocaína:** al alza. El consumo de cocaína aumentó de manera importante en los jóvenes entre 1994 y 2000.
- **Crack:** al alza. A pesar de que esta droga es consumida por un porcentaje reducido de los jóvenes (el 2% la ha probado), los datos sugieren que los usuarios de ella han aumentado. El porcentaje de adolescentes que han probado cocaína se duplicó (cambio significativo), y los que consumen en base anual y mensual también aumentaron, aunque los cambios no son estadísticamente significativos al 95%.
- **Heroína:** estable. Aunque ningún cambio es significativo al 95%, la tendencia es al alza. Con todo, esta sustancia sigue siendo consumida por una fracción muy menor de los jóvenes.
- **Éxtasis:** al alza. Hay un cambio significativo en la fracción de jóvenes que declaran haber probado la droga y haberla consumido el último mes. Sin embargo, no sucede lo mismo con la prevalencia año.
- **LSD:** baja. El porcentaje de jóvenes que consume LSD en una base mensual se redujo significativamente entre 1994 y en 2000. La prevalencia vida y año también muestran una evolución decreciente, aunque los cambios no son significativos.
- **Hongos alucinógenos:** estable. No hay cambios significativos y las fluctuaciones no describen tendencia.
- **Drogas Clase A:** estable. El uso del total de drogas Clase A se ha mantenido relativamente estable entre 1994 y 2000, con fluctuaciones menores y no significativas. Con todo, la prevalencia mes pasó de 3% a 5%.
- **Total de drogas:** estable. Aunque el número de personas que ha probado alguna droga ilegal aumentó significativamente entre 1994 y 2000 (desde 45% a 50%), los que consumieron durante el año y mes previos a las encuestas se mantuvieron estables, lo que sugiere un aumento del uso experimental, pero no del uso más frecuente.

En síntesis, el consumo de drogas ilegales en la juventud durante la segunda mitad de la década de los años noventa como conjunto se ha mantenido relativamente estable, pero ha aumentado en algunas sustancias en particular. Destaca el incremento en la fracción de jóvenes que usa cocaína, la cual era inferior a 0,5% en 1994 y del orden del 2% seis años después.

## 2. Consumo de la población general (16 a 59 años)

A pesar de que la estrategia se focaliza en los jóvenes, a continuación se describe cómo ha evolucionado el consumo de las principales drogas en la población total cubierta por la *British Crime Survey*, esto es, las personas entre 16 y 59 años.

En general, en la población entre 16 y 59 años se observan tendencias muy similares a las registradas para los jóvenes: el consumo de cocaína registra el mayor incremento porcentual en el período, el uso de crack también aumenta, el consumo de cannabis y el del total de las drogas ilícitas se mantiene estable con una leve tendencia al alza, etc.<sup>38</sup>.

Para ejemplificar lo anterior, en el Cuadro N°7 se presenta la evolución del porcentaje de la población entre 16 y 59 años que declaró haber consumido drogas el año previo a la encuesta.

<b>Cuadro N°7</b>		<b>Evolución del consumo (prevalencia año) de varias drogas, población entre 16 y 59 años, 1994 – 2000</b>			
	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	
<b>Cannabis</b>	8,4	8,7	9,0	9,4	
<b>Cocaína</b>	0,5 **	0,6 **	1,1 **	1,7	
<b>Crack</b>	0,0	0,1 **	0,1 **	0,3	
<b>Heroína</b>	0,2	0,2	0,1	0,3	
<b>Éxtasis</b>	1,0 *	1,4	1,2	1,6	
<b>LSD</b>	1,3 **	0,9 *	0,6	0,6	
<b>Cualquier droga</b>	9,9	10,3	10,5	10,7	

\* cambio significativo respecto de 2000 con  $p < 0,05$ .

\*\* cambio significativo respecto de 2000 con  $p < 0,01$ .

Nota: los datos se presentan sin decimales en la fuente.

Fuente: British Crime Survey 2000.

## 3. Resultados de las políticas de reducción de daños

### A. Inyección y compartir equipo

Uno de los peligros asociados al abuso de drogas es contraer enfermedades como el SIDA, la hepatitis B o C producto de ciertas prácticas riesgosas, como inyectarse la sustancia y compartir el equipo (particularmente las jeringas) al hacerlo.

<sup>38</sup> No es posible ver cómo ha evolucionado el consumo de drogas Clase A en la población adulta, ya que el dato sólo se calcula para los jóvenes con el objeto de evaluar la Estrategia.

Por ello, algunos programas buscan fomentar que estas prácticas sean abandonadas en un enfoque de reducción de daños.

Para evaluar el avance en esta materia, se cuenta con las mediciones semestrales que desde 1993 hace el Departamento de Salud en relación con los usuarios que llegan a los diversos servicios en busca de tratamiento. En el siguiente cuadro se muestra la evolución del porcentaje de ellos que se inyectó y, de éstos, que compartió jeringas- durante el último mes.

<b>Cuadro N°8 Fracción de usuarios en tratamiento que se inyectó durante el último mes y que compartió el equipo, marzo 1993 – marzo 2001</b>			
<b>Fecha medición</b>	<b>% inyectó durante el último mes*</b>	<b>% que comparte sobre los que se inyectaron el último mes**</b>	
Sep-93	54%	13%	
Mar-94	54%	12%	
Sep-94	54%	12%	
Mar-95	51%	12%	
Sep-95	50%	11%	
Mar-96	49%	11%	
Sep-96	45%	12%	
Mar-97	45%	12%	
Sep-97	46%	15%	
Mar-98	46%	15%	
Sep-98	45%	17%	
Mar-99	46%	17%	
Sep-99	44%	19%	
Mar-00	46%	20%	
Sep-00	45%	21%	
Mar-01	43%	20%	

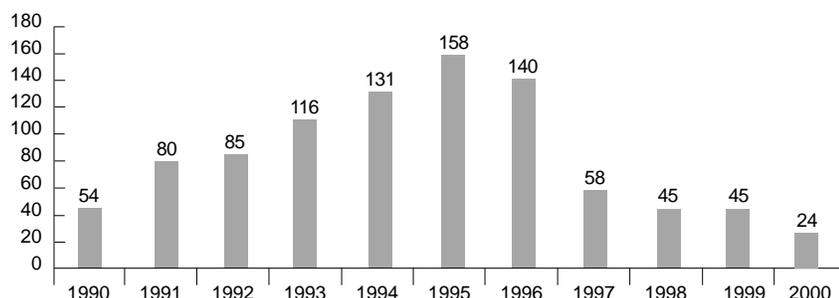
\* base: total de usuarios nuevos que entró a tratamiento durante los 6 meses previos a cada medición (excluye a usuarios de los que no se tiene información sobre esta práctica.

\*\* base: usuarios nuevos que entraron a tratamiento durante los 6 meses previos a cada medición y que se inyectaron durante las 4 últimas semanas.

Fuente: Department of Health, Statistics from the Regional Drug Misuse Databases for six months ending March 2001, National Bulletin 2002/07, febrero 2002.

Al combinar los datos se obtiene un resultado poco alentador: aunque el porcentaje que se inyecta ha bajado, el efecto del alza en la fracción que comparte sobre los que se inyectan más que compensa lo anterior, haciendo que, en definitiva, un porcentaje mayor de los usuarios comparta equipo en 2000 respecto de 1993. Numéricamente, si en 1993 había 100 personas en tratamiento, 54 se inyectaron el último mes y 7 compartieron equipo (13% de 54); de 100 personas en tratamiento en 2000, 43 se inyectaron, pero 9 (20% de 43) de ellas compartieron equipos.

Con todo, las muertes por SIDA de personas que adquirieron la enfermedad mediante la inyección de drogas han disminuido en el Reino Unido desde 1996, según muestra el Gráfico N°10.

**Gráfico N°9 Muertes por SIDA (adquirido por inyección de drogas) notificadas por los países miembros del Reino Unido, 1990 – 2000**

Fuente: Drugscope, "Annual Report on the UK Drug Situation 2001", the UK report to the EMCDDA, 2000.

### B. Muertes directamente relacionadas con el uso de drogas

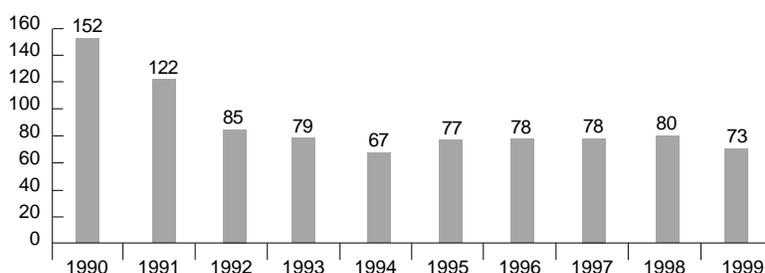
En Inglaterra y Gales, el número de muertes relacionadas con el consumo de drogas ha aumentado sistemáticamente desde 1993, primer año del que se tienen estadísticas. Sin embargo, la tasa de crecimiento ha ido disminuyendo progresivamente entre las mediciones, llegando a ser del orden del 1% en el último y penúltimo período (ver Cuadro N°9).

**Cuadro N°9 Muertes relacionadas con el uso de drogas en Inglaterra y Gales, 1993 – 2000**

	Total	Tasa crecimiento anual
1993	2.252	-
1994	2.404	7%
1995	2.563	7%
1996	2.721	6%
1997	2.858	5%
1998	2.922	2%
1999	2.943	1%
2000	2.968	1%

Fuente: Office of National Statistics (ONS), "ONS drug related death database: results from England and Wales" Health Statistics Quarterly N°5 (primavera 2000), N°7 (Otoño 2000), N°9 (primavera 2001), N°13 (primavera 2002).

Asimismo, las muertes por abuso de sustancias volátiles también son una preocupación en el Reino Unido, porque, aunque en términos absolutos son mucho más bajas que las vinculadas con otras drogas, se concentran preferentemente en los niños.

**Gráfico N°10 Muertes por Abuso de Sustancias Volátiles en el Reino Unido, 1990 – 1999**

Fuente: Field-Smith et al "Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substance 1971-99" Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit St. Georg's Hospital Medical Schools, London, 2001.

Se observa que éstas han tendido a estabilizarse bajo los 80 casos anuales, y que en 1999 se registró el segundo menor valor desde 1990.

### C. Delincuencia y droga

La estrategia inglesa tiene como uno de sus objetivos la reducción de la criminalidad asociada a las drogas, más allá de la represión del tráfico y la aplicación de las leyes específicas. Lo que se busca es disminuir la frecuencia de delitos adquisitivos para financiar el hábito, la violencia entre traficantes y otros comportamientos ilegales que dañan a las comunidades.

Se han realizado algunos estudios que demuestran la relación entre abuso de drogas y la comisión de delitos adquisitivos (aquellos que permiten obtener dinero para comprar la droga) en el Reino Unido. De ellos, el de mayor envergadura es *NEW-ADAM*<sup>39</sup> que obtiene datos mediante entrevistas y análisis de orina a una muestra de arrestados en las custodias policiales. Entre sus resultados más importantes destacan los siguientes:

- Los arrestados a los que se detectan tres o más drogas reportan un promedio tres veces mayor de infracciones que los que obtienen resultados negativos en todas las drogas. Además, cometen un mayor número de acciones para conseguir dinero ilegalmente<sup>40</sup> y presentan una frecuencia mayor de arrestos.
- Los arrestados que declaran gastar 160 dólares o más en drogas, reportan diez veces más infracciones que quienes no gastan en drogas. También reportan mayor variedad en los ilícitos cometidos y mayor número de arrestos anteriores.

<sup>39</sup> El programa es patrocinado por el Home Office y desarrollado por Trevor Bennet, del Instituto de Criminología de la Universidad de Cambridge.

<sup>40</sup> Concepto más amplio que los delitos adquisitivos y contra la propiedad; corresponde a cualquier manera de conseguir dinero o bienes distinta de las vías legales, como el trabajo o el beneficio social.

- Los arrestados que reportan haber usado tres o más tipos de drogas durante el último año declaran haber cometido más infracciones, mayor variedad de ilícitos, una mayor cantidad de dinero conseguido ilegalmente y más arrestos anteriores que aquellos que declaran no haber usado droga alguna.
- El 42% de los arrestados entrevistados señaló que creía que su abuso de droga y su comportamiento delictivo estaban conectados.

Sin embargo, no existen series de tiempo que permitan analizar cómo han evolucionado estos indicadores. Tampoco se dispone de estadísticas sobre reincidencia de infractores que abusan de las drogas, a pesar de que su reducción es el objetivo clave de la autoridad en esta materia. Sobre el éxito de los programas específicos diseñados para lidiar con el problema, se han publicado pocos estudios. A continuación se presentan los resultados de la evaluación de dos programas específicos:

- **Sistema de Referencia de Arrestados:** una evaluación realizada en 1999 sobre la base de entrevistas a 80 participantes indicó que, de ellos, el 47% señaló haber dejado de cometer delitos adquisitivos, y el 20% adicional indicó que redujo la frecuencia de comisión de esta clase de delitos<sup>41</sup>.
- **Orientación, Evaluación, Referencia, Consejo y Atención (Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Service, CARAT):** Este esquema de atención integral para los adictos en reclusión es provisto en 10 prisiones por *RAPt* (*Rehabilitation for Addicted Prisoners Trust*): la sigla se utiliza para denominar al programa y a la organización que lo aplica. *RAPt* es líder en la provisión de tratamiento dentro de las cárceles en Reino Unido y utiliza un esquema de intervención específico (“de 12 pasos”, similar al de Alcohólicos Anónimos), cuyo objetivo es lograr la abstinencia total. Una investigación de 2000<sup>42</sup> indica que es dos veces más probable que los graduados del programa *RAPt* se mantengan alejados de las drogas, en comparación con quienes no terminaron el programa. Similarmente, la probabilidad de que los graduados se mantuvieran fuera de prisión en los 12 meses siguientes al término del programa, también fue casi el doble.

<sup>41</sup> Fuente: Royal Canadian Mounted Police et al, “United Kingdom Arrest Referral of Detainees to Treatment upon Arresto” (1999).

<sup>42</sup> Martin and Player, 2000. “RAPt stands for Rehabilitation for Addicted Prisoners Trust”, citado en: Drugscope, “Annual Report on the UK Drug Situation 2001”.

## VIII. COMENTARIOS FINALES

A pesar de que los resultados obtenidos a la fecha por “Enfrentando las drogas...” han sido magros en relación con las metas propuestas, algunos elementos de ella son interesantes y pueden ayudar al perfeccionamiento de las estrategias de otros países, como Chile. Ellos son:

- **Importancia de la acción local:** aunque se han establecido entidades en todos los niveles, la responsabilidad última en la aplicación de los programas para enfrentar las drogas descansa sobre los Equipos de Acción Antidroga (DAT), que son agrupaciones locales que trabajan en una territorio delimitado. Ello permite que los lineamientos generales y los programas nacionales sean ajustados para responder a las necesidades específicas de cada comunidad. El enfoque local ha probado ser exitoso en el combate a la criminalidad en Inglaterra<sup>43</sup> y, en la actualidad, el Gobierno de Chile desarrolla iniciativas similares para prevenir la delincuencia en las comunas más afectadas por ella<sup>44</sup>. Por su parte, Estados Unidos también utiliza un enfoque local para combatir las drogas.
- **Establecimiento de asociaciones y alianzas:** en todos los niveles y áreas de la estrategia se promueve la acción conjunta de las diversas agencias que tienen relación con el tema, para abordar los desafíos de manera integral. Destacan los Equipos de Acción Antidroga (en la acción local) y la Acción Concertada Interagencia contra las Drogas (en la represión del tráfico).
- **Distinción entre drogas según el daño que provocan:** esta distinción se evidencia en primer término en la legislación -las penas son más severas cuando el ilícito involucra una sustancia más dañina- y trasciende la acción en las diversas áreas<sup>45</sup>. Explícitamente se señala que la prevención y la labor

<sup>43</sup> Ver Blanco, Javiera (2000).

<sup>44</sup> El programa “Safer Cities” de Inglaterra sirvió de base a “Comuna Segura”, iniciativa que busca comprometer a la comunidad local en la prevención de la delincuencia en su comuna.

<sup>45</sup> Países tan distintos en su política de drogas como Estados Unidos y los Países Bajos también hacen una distinción legal entre las drogas según el daño que causan. Difieren, sin embargo, en el ordenamiento que hacen de algunas sustancias como el cannabis.

de control han de orientarse principalmente a las drogas Clase A y, dentro de éstas, a la cocaína y heroína. Esto tiene sentido porque estudios han demostrado que cerca del 99% del costo social de las drogas es atribuible a los usuarios problema, entendiendo por tales, principalmente, a los dependientes a la cocaína, crack o heroína<sup>46</sup>.

Existe un consenso bastante generalizado en cuanto a que los anteriores son elementos positivos y deben mantenerse. Las críticas, por su parte, han apuntado en otra dirección: las metas. Han sido enjuiciadas por ser muchas, poco realistas, imposibles de medir e insuficientemente fundadas en la evidencia. Una encuesta realizada por *Drugscope* para el Comité de Asuntos Internos entre sus 900 organizaciones miembros determinó que los objetivos de la estrategia son “*no realistas y no viables*”. De hecho, en el informe del Comité recientemente señalado se cita al autor de la estrategia, señalando que algunas metas más bien son aspiraciones, y que en algunos casos es muy difícil establecer una base sobre la cual medir los resultados<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Resultados preliminares de un estudio realizado por la Universidad de York y que han sido citados en Home Affairs Committee (2002) y por autoridades del Gobierno Central según da cuenta la prensa inglesa.

<sup>47</sup> Home Affairs Committee, “The Government Drug Policy: is it Working?”, 2002. Párrafo 41.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco, Javiera, "Se puede! Cinco casos exitosos de prevención de la delincuencia: Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Francia, Barcelona", Fundación Paz Ciudadana, 2000.
2. Council of Europe, "Social consequences of and responses to drug misuse in member states", documento 9303, diciembre 2001.
3. Department of Health, "Tackling Drugs with Vulnerable Young People: Examples for Health Action Zones", octubre 2001.
4. Drugscope , "UK Drug Situation 2000", *The UK report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, 2000. En [www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk).
5. Drugscope, "Annual Report on the UK Drug Situation 2001", *The UK report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, 2001. En [www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk).
6. Drugscope, "Drug Laws", en [www.drugscope.gov.uk](http://www.drugscope.gov.uk) (revisado en febrero de 2002).
7. European NGO Council on Drugs and Development (ENCOD), "A Snapshot of European Drug Policy", 2001 En [www.encod.org](http://www.encod.org)
8. HM Treasury, "Comprehensive Spending Review 1998", 1998
9. HM Treasury, "Spending Review 2000", 2000.
10. Home Affairs Committee, "The Government Drug Policy: is it Working?", 2002. En [www.publications.parliament.uk](http://www.publications.parliament.uk)
11. Home Office Drugs Prevention Advisory Service, "Let's Get Real: Communicating with the public about drugs".
12. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, " Drug Treatment and Testing Orders: Final Evaluation Report", *Home Office Research Study 212*, octubre 2000.
13. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, "Drug Misuse Declared in 2000: Results from the British Crime Survey", *Home Office Research Study 224*, septiembre 2001.
14. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, "Drug Misuse Declared in 1998: Results from the British Crime Survey", *Home Office Research Study 197*, 1999.

15. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, "Drug Misuse Declared in 1996: Results from the British Crime Survey", *Home Office Research Study 172*, julio 1997.
16. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, "Drug Misuse Declared in 1994: Results from the British Crime Survey", *Home Office Research Study 151*, 1996.
17. Martin Corkery, John, "Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 2000", mayo 2002.
18. National Statistics, "Health Statistics Quarterly, spring 2002", febrero 2002.
19. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "2001 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea", Oficina de Publicaciones oficiales de la Comunidad Europea, Luxemburgo, 2001.
20. Perry 6, Ben Jupp et al, "The Substance of Youth- the place of drugs in young people's lives today", noviembre 1997. En [www.ukcia.org/lib](http://www.ukcia.org/lib).
21. Royal Canadian Mounted Police et al, "United Kingdom Arrest Referral of Detainees to Treatment upon Arresto", agosto 1999.
22. Royal Canadian Mounted Police et al, "United Kingdom Drug Treatment Court", agosto 1999.
23. The Police Foundation, "Drugs and the Law: Report of the Independent Inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971", 2000.
24. The Rt. Hon. Pettey Lilley MP, "Common Sense on Cannabis: the Conservative Case for Change", *The Social Market Foundation*, Julio 2001.
25. The Stationery Office, "Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse", *presentado al Parlamento por el presidente del consejo a petición de Su Majestad en abril de 1998*.
26. The Stationery Office, "Tackling Drugs Together: a consultation document on a strategy for England 1995 - 1998", *presentado al Parlamento a petición de Su Majestad en Octubre de 1994*.
27. The United Kingdom Anti-drugs Co-ordinator, "Annual Report 1999/2000", 2001
28. The United Kingdom Anti-drugs Co-ordinator, "Annual Report 2000/2001", 2001.
29. The United Kingdom Anti-drugs Co-ordinator, "First Annual Report and National Plan", 1999.
30. The United Kingdom Anti-drugs Co-ordinator, "Second Annual Plan", 2000
31. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UN ODCCP), "Global Illicit Drug Trends 2001", Nueva York, 2001.

## X. ANEXO:

### Las estrategias de los países que forman el Reino Unido

“Enfrentando las drogas para construir una Inglaterra mejor” (1998) tiene una doble función, como Estrategia del Reino Unido en su conjunto y de Inglaterra. Escocia e Irlanda del Norte, por su parte, publicaron sus propias estrategias en 1999, y Gales hizo lo mismo en 2000. Todas ellas reflejan ampliamente los principios y lineamientos del documento original.

1. **Inglaterra:** su estrategia nacional se definió en “Enfrentando las drogas para construir una Inglaterra mejor”, ampliamente expuesta en el texto principal.
2. **Escocia:** la estrategia escocesa fue publicada en mayo de 1999 bajo el nombre de “Enfrentando las drogas en Escocia: acción en alianzas”. Contiene las mismas cuatro metas definidas para el Reino Unido y adjunta a ellas objetivos claramente definidos. En 2000 se publicó un Plan de Acción que señala los logros obtenidos y define las acciones que se desarrollarán en los años siguientes. Para ejecutar la estrategia en el nivel local, en Escocia también se han establecido Equipos de Acción Antidroga (DAT).
3. **Gales:** el plan de Gales se llama “Enfrentando el Abuso de Sustancias en Gales: un enfoque de alianzas” y fue lanzado en 2000. Contiene metas similares a las definidas para el Reino Unido, con la salvedad de que también incorpora las drogas prescritas, medicinas, sustancias volátiles y alcohol. Las alianzas y asociaciones son vistas como un elemento clave para obtener resultados exitosos. La acción local está en manos de los Equipos de Acción Antidroga y alcohol” (DAAT) que cumplen una labor equivalente a los DAT.
4. **Irlanda del Norte:** la Estrategia de Drogas de Irlanda del Norte se publicó en 1999 y también se construye sobre la base de las cuatro metas de la estrategia general. La acción local está en manos de cuatro Equipos de Coordinación de Droga.



**POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS  
APÉNDICE: ANTECEDENTES GENERALES**

Febrero 2002



# ÍNDICE

I. Introducción	323
II. Las drogas y sus efectos	325
1. Marihuana	325
2. Cocaína y pasta base	328
3. Otras drogas ilegales de bajo consumo en Chile	330
4. Drogas legales: tabaco y alcohol	333
5. Consecuencias personales, sociales y familiares del abuso de drogas	335
III. El proceso de la adicción	337
1. Uso experimental	337
2. Uso regular	338
3. Uso adictivo	338
IV. Base neurobiológica de la adicción	341
1. Cómo actúa la droga en el cerebro	341
2. Factores genéticos asociados a la drogodependencia	343
V. Teorías de la adicción	345
1. Aproximación desde la psicología	346
2. Aproximación desde la sociología	351
3. Aproximación desde la teoría de la adicción racional	353
VI. Droga y delincuencia	357
1. Delinquir bajo los efectos de la droga	358
2. Delinquir para conseguir la droga	359
3. Delitos relacionados con la ilegalidad del mercado de la droga	360
4. Consumo y tráfico de droga como delito	360
VII. Bibliografía	363
VIII. Anexo: Estadísticas chilenas sobre la relación entre droga y delincuencia	367



## I. INTRODUCCIÓN

No es posible analizar las políticas públicas en relación con el problema de la droga –objeto central de esta investigación- sin detenerse previamente a revisar ciertas cuestiones de carácter más general.

Es importante revisar qué son las drogas y qué efectos producen en la persona que las consume en el nivel físico y psicológico; es necesario comprender cómo se desarrolla el proceso de adicción y cuáles son sus etapas; se debe entender cómo actúa la droga en el cerebro humano y revisar qué desarrollos teóricos se han elaborado sobre el tema de la adicción desde diversas disciplinas como la psicología, la sociología y la economía.

Los temas recién expuestos se abordan en el presente apéndice. Con ello se pretende tener un marco general de información, que permita entender los supuestos y la lógica que subyace bajo las distintas estrategias antidroga de los países que posteriormente serán analizados.

Por último, siendo la delincuencia uno de los temas que más preocupa a la ciudadanía y a las autoridades en Chile, se aborda también la relación entre ésta y la droga, mediante un análisis de la interacción entre ambos fenómenos, con particular énfasis en los mecanismos mediante los cuales el consumo de droga y las políticas aplicadas al respecto influyen en el nivel de delincuencia y violencia observada.



## II. LAS DROGAS Y SUS EFECTOS

Droga es toda sustancia natural o sintética capaz de alterar la actividad psíquica (conducta, pensamiento, emoción) del individuo que la consume. Hay distintas drogas y el uso de cada una de ellas tiene distintas consecuencias en el nivel personal y social.

El objeto de este capítulo es describir las principales drogas de abuso en Chile; qué son, cómo se usan, qué efectos inmediatos provocan, cuáles son las consecuencias de largo plazo de su uso y abuso, etc.

El énfasis está puesto en la marihuana, la cocaína y la pasta base, pues ellas son las drogas ilegales más consumidas en el país. Adicionalmente, se describen otras sustancias ilegales de menor uso en Chile (como el éxtasis y los solventes volátiles) y las dos drogas legales más populares: tabaco y alcohol. Con esto último se busca poner en contexto el daño que provocan las primeras.

En general, la comunidad científica concuerda en que el abuso de drogas tiene efectos adversos sobre la salud de quienes las consumen. El consenso se debilita en torno al daño específico que cada una provoca y el nivel del mismo. La evidencia empírica, por su parte, tampoco es concluyente en ciertos temas. La ausencia de acuerdo llega a su máxima expresión respecto de la marihuana; mientras hay quienes sostienen que su consumo provoca menos daño que fumar cigarrillos y que ésta tiene usos médicos, hay otros que consideran que su uso provoca pérdidas permanentes de ciertas capacidades y que es una “droga de entrada” a las llamadas drogas duras. Los puntos en que persiste el debate serán señalados en la revisión que sigue.

### 1. Marihuana

#### A. Qué es

La marihuana es una mezcla gris-verdosa de brotes floridos secos y molidos de la planta de cáñamo (*Cannabis Sativa*). Su consumo en Europa data del siglo XIX mientras que en Oriente se le conoce desde antes de Cristo. Su uso se masificó en Occidente mediante el movimiento hippie en los años sesenta.

La marihuana contiene más de 400 componentes, más de 60 cannabinoides y muchos otros ingredientes. El principal principio psicoactivo (lo que altera el funcionamiento mental del individuo) que contiene es el tetrahidrocanabinol (THC), en una concentración de entre 1,5% y 5% en la hierba. Otros derivados del cannabis contienen THC en mayor concentración: el hachís (resina seca) contiene entre 6 y 10%, y el aceite de hachís –que es un extracto- contiene 50% o más de este principio activo. Ni el hachís ni su aceite se consumen extendidamente en Chile.

## **B. Cómo se consume**

La marihuana se fuma. Una vez fumado un cigarrillo o “pito” de marihuana se inhalan sus constituyentes, dentro de los cuales hay elementos cannabinoides (entre ellos el THC) y no-cannabinoides, estos últimos similares a los del tabaco. Cerca de la mitad de los cannabinoides se absorbe en el nivel pulmonar, pasando rápidamente a la sangre. A través del torrente sanguíneo se distribuyen por el organismo, alcanzando primero los órganos de mayor flujo, como el cerebro, los pulmones y el hígado. En el cerebro, los cannabinoides se distribuyen en forma heterogénea, alcanzando altas concentraciones en áreas neocorticales (corteza frontal), áreas límbicas (hipocampo y amígdalas), áreas sensoriales (visual y auditiva), áreas motoras (ganglios y cerebelo) y en el puente. La vida media del THC es de una semana, la eliminación completa requiere de un mes y ésta es, en su mayoría (65%), por vía biliar.

## **C. Qué efectos inmediatos produce**

Los efectos subjetivos y objetivos de la ingesta de marihuana son percibidos entre segundos y minutos después de comenzar a fumar, alcanzan su mayor intensidad a los 20 o 30 minutos y pueden durar hasta 2 o 3 horas.

Entre los cambios físicos que pueden ser observados durante la intoxicación destacan la aceleración del ritmo cardíaco, el enrojecimiento de ojos, la sequedad de boca y garganta, el aumento del apetito, la somnolencia, y alteraciones psicomotoras. Los efectos psicológicos más comunes son sensación de euforia, relajación, desinhibición y alteración del sentido del tiempo. En algunos casos, hay efectos psicológicos adversos, como la ansiedad, el pánico y la paranoia producto de una reacción disfórica (“mala volada”).

## **D. Qué efectos de largo plazo produce**

El uso regular de esta droga *puede* producir tolerancia a los efectos psicoactivos buscados, así como también dependencia y síndrome de privación. Al respecto, existen opiniones divididas sobre la frecuencia con que ello ocurre y el grado de dependencia física y psicológica que la marihuana es capaz de provocar. Algunos datos: en 1987 el DSM-IV<sup>1</sup>

<sup>1</sup> DSM-IV: “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition”, publicado por la American Psychological Association (APA), es una de las principales referencias en la materia.

la incluyó entre las drogas productoras de dependencia, y en 1996 investigaciones mostraron síndrome de privación asociado a ella. La última encuesta chilena señaló que 34% de las personas que fumaron marihuana el último mes cumple con los criterios de la Organización Mundial de la Salud para ser considerado dependiente. Con todo, los síntomas del síndrome de privación de la marihuana son más leves que los provocados por otras drogas, como los opiáceos y el alcohol, e incluyen dolor de estómago, ansiedad e irritabilidad.

La investigación ha determinado que los daños concretos en cada persona dependen de ciertas características del consumidor, de la calidad y cantidad de marihuana y del ambiente en que ésta se ingiere. A continuación los efectos que el consumo de esta droga puede provocar.

Fumar marihuana tiene un efecto adicional en el daño al tejido pulmonar, similar al provocado por el tabaco; los fumadores crónicos tienen más riesgo de contraer bronquitis, enfisema y cáncer del epitelio traqueo-bronquial.

La exposición a la marihuana puede producir un déficit en la memoria de corto plazo y otros procesos cognitivos; personas intoxicadas tienen problemas para recordar cosas recientes. Sin embargo, no hay evidencia de efectos que perduren por más tiempo. Estudios han revelado que no hay evidencia de cambios estructurales gruesos en el cerebro de usuarios crónicos.

También se ha señalado que el uso frecuente y prolongado de marihuana provocaría una falta de motivación denominada “síndrome amotivacional”, que incluiría desgano, fatiga y falta de interés en lo que sucede en sus vidas. Este es un tema controvertido, sobre el cual no hay, por el momento, una postura definitiva. Se ha señalado que éste podría ser efecto directo de la intoxicación crónica en curso, pero no algo que persista luego de suprimir la ingesta. También se ha indicado que, aunque se observe conjuntamente uso de marihuana y falta de motivación en ciertas personas, la causalidad no necesariamente va de la primera a la segunda, y que puede haber una serie de otros factores que expliquen ambos fenómenos.

En pacientes con historia familiar de esquizofrenia, el uso de cannabis puede precipitar la enfermedad, y en pacientes que ya la han manifestado, puede provocar recaída de los síntomas.

Por mucho tiempo se dijo –y hay quienes aún sostienen- que la marihuana era la “puerta de entrada” a drogas más duras y que ésta era una de sus principales consecuencias adversas. El debate cuestiona hoy esta hipótesis y objeta la relación de causalidad establecida. Más bien se inclina a reconocer que, aunque las personas que usan drogas duras probablemente usaron anteriormente marihuana, no hay una relación de causalidad entre ambos fenómenos. Además, las encuestas de prevalencia muestran que la mayor parte de quienes prueban o consumen marihuana de manera ocasional no evoluciona al abuso de sustancias más dañinas.

## E. Usos médicos de la marihuana y sus derivados

Ya sea legal o ilegalmente, por prescripción médica o automedicación, la marihuana se utiliza con fines terapéuticos en la actualidad.

La marihuana puede ser utilizada para tratar esclerosis múltiple, desórdenes del movimiento y Parkinson, dolores crónicos y glaucomas. Además, estudios han demostrado que estimula el apetito, por lo que esta droga es adecuada para el tratamiento del síndrome consuntivo (desnutrición) en pacientes con cáncer o SIDA, ya que síntomas como las náuseas, pérdida de apetito, dolor y ansiedad son mitigados. Por último, también se ha demostrado que tiene efectos antieméticos en pacientes sometidos a quimioterapia.

Se discute si es posible obtener los mismos beneficios terapéuticos de fumar marihuana con cannabinoides sintetizados como fármacos, y se están explorando nuevas vías de administración de THC.

## 2. Cocaína y pasta base

### A. Qué es

La cocaína, alcaloide que se extrae de las hojas de coca, es un estimulante del sistema nervioso central. En Chile, se consume como clorhidrato de cocaína (“cocaína”) que tiene la apariencia de polvo blanco cristalino, y como sulfato de cocaína (“pasta base”) que se obtiene de las hojas de coca maceradas o pulverizadas, que son tratadas con ciertos solventes como parafina, bencina, éter o ácido sulfúrico. Debido a que los solventes son sustancias tóxicas, la pasta base es más dañina que el clorhidrato de cocaína, que sólo contiene el alcaloide. En Chile, normalmente la pasta base se combina con tabaco o marihuana.

La hoja de la planta de coca (*erythroxilon coca*) ha sido utilizada con fines médicos, ceremoniales y de adivinación desde hace 5.000 años en la zona andina de América del Sur. La cocaína propiamente tal fue aislada en 1860 y consumida libremente por alrededor de medio siglo. En 1914 fue prohibido en Estados Unidos su uso como componente en productos de libre adquisición, pero se mantuvo para medicamentos que requieren de prescripción médica. En Chile es una droga ilegal.

### B. Cómo se consume

La vía de administración más común del clorhidrato de cocaína es la inhalación nasal pero, por ser soluble al agua, también puede inyectarse por vía intravenosa o fumarse como *crack*, el cual se elabora a partir del clorhidrato mediante un proceso químico simple. La pasta base o sulfato de cocaína se fuma<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> En Chile prácticamente no se fuma crack sino que pasta base.

Al inhalar cocaína, la sustancia pasa a la sangre mediante las membranas nasales; la inyección, en cambio, introduce la droga directamente al torrente sanguíneo, razón por la cual aumenta su efecto. Cuando se fuma crack o pasta base, el humo y el vapor llegan inmediatamente a los pulmones, desde donde la sangre los absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta. La sangre distribuye la droga por el cuerpo, llegando a los distintos órganos.

En el cerebro, la cocaína afecta el proceso ordinario de reabsorción de algunos neurotransmisores, lo que explica la euforia asociada a su consumo. Normalmente, las neuronas se comunican entre ellas mediante neurotransmisores, los cuales son liberados por la célula transmisora en el espacio extracelular, donde se combinan con los receptores específicos para enviar una señal a la neurona receptora. Luego, los neurotransmisores son reabsorbidos por la transmisora mediante ciertas proteínas llamadas transportadoras. Cuando la cocaína está presente, el proceso de reabsorción no puede realizarse, por lo que los neurotransmisores siguen estimulando las células nerviosas receptoras, lo que genera la sensación de euforia.

Estudios han determinado que la cocaína bloquea la reabsorción de tres diferentes neurotransmisores -dopamina, serotonina y norepinefrina-, siendo la primera la que comúnmente se cita como responsable de los efectos de esta droga. La dopamina se asocia con el movimiento del cuerpo, el placer, la motivación, el juicio crítico y la conciencia.

### **C. Qué efectos inmediatos provoca**

Los primeros efectos se presentan casi inmediatamente después de su uso y desaparecen en minutos u horas, dependiendo de la cantidad consumida y la vía de administración, entre otros elementos<sup>3</sup>.

Los efectos físicos incluyen aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, dilatación de pupilas, aumento de la temperatura corporal y sudoración. Cuando se inhala la droga se produce un anestesiamiento de las membranas intranasales y otros miembros aledaños, como la boca y los labios.

En cantidades pequeñas (hasta 100 mg), el uso de cocaína produce euforia acompañada de sentimientos de energía, confianza en sí mismo, verborrea y mayor alerta mental. Puede disminuir temporalmente los deseos de comer y dormir. Al consumir cantidades mayores, estos efectos se intensifican, pero también puede generar cambios en la conducta, volviendo al usuario errático y violento. Éstos pueden experimentar temores, vértigos, espasmos musculares y paranoia.

<sup>3</sup> La forma en que se administra incide en la duración del efecto: mientras más rápida es la absorción, más intenso y más corto es el "high". Al inhalar cocaína, el efecto puede demorar en presentarse y dura entre 15 y 30 minutos, mientras que al fumarla la estimulación llega antes, pero dura entre 5 y 10 minutos.

La euforia es sucedida por la disforia o “bajón”, que se caracteriza por depresión, angustia, ansiedad, fatiga, irritabilidad y apetencia intensa de la droga. Cuando la sustancia se fuma la disforia suele ser más aguda que cuando se inhala.

En algunas ocasiones excepcionales se produce muerte súbita, sea en el primer consumo o en usos posteriores. Éstas se asocian a paros cardíacos o convulsiones seguidas de paros respiratorios.

#### **D. Qué efectos de largo plazo produce**

El uso crónico lleva a la tolerancia, requiriéndose cada vez mayores dosis para lograr los efectos buscados. Además, se crea dependencia, evidenciada por la pérdida de control sobre su uso, la búsqueda compulsiva y la persistencia en el uso a pesar de sus consecuencias adversas. La suspensión del uso produce un síndrome de privación, caracterizado por ansiedad, apatía, fatiga, hipersomnia, depresión, pensamiento suicida, vómitos y náuseas.

Existe una serie de complicaciones médicas que han sido asociadas al consumo de cocaína. Los problemas cardiovasculares son los más frecuentes, tales como irregularidades en el ritmo y ataques cardíacos. También se han detectado problemas respiratorios, efectos neurológicos producto de embolías, convulsiones y dolores de cabeza y, complicaciones gastrointestinales como dolores abdominales y náuseas.

La presencia de otras complicaciones se relaciona con la vía de administración de la cocaína. Al inhalar la droga, el efecto sobre las mucosas nasales puede provocar sangramiento, rinitis y hasta perforación del tabique nasal. En el uso intravenoso hay un riesgo asociado al uso de jeringas previamente utilizadas, y el fumar la droga puede tener consecuencias en el sistema respiratorio.

### **3. Drogas ilegales de bajo consumo en Chile**

Las drogas ilegales más consumidas en Chile son la marihuana, la cocaína y la pasta base, en ese orden. Les siguen las anfetaminas y los solventes volátiles. El resto de las sustancias ilegales disponibles en el país –LSD, –éxtasis, heroína, crack, morfina, chicota<sup>4</sup> y peyote<sup>5</sup>– ha sido probado por menos del 1% de la población entre 12 y 64 años, según la última encuesta nacional realizada<sup>6</sup>.

En esta sección se describen algunas de las drogas ilegales de escaso consumo en Chile y se presentan los efectos que producen.

<sup>4</sup> Aspiración de flunitrazepam.

<sup>5</sup> Tipo de alucinógeno; es un cactus que contiene mezcalina.

<sup>6</sup> Fuente: “Cuarto estudio nacional de consumo de drogas en Chile, septiembre – diciembre 2000”, CONACE, 2001. Las estadísticas se presentan en la segunda parte de esta investigación: Evolución del consumo en diferentes países y comparación entre ellos.

## **A. Anfetaminas**

Se llama “anfetaminas” a un conjunto de drogas estimulantes de composición sintética. En Chile, algunas anfetaminas pueden ser prescritas por los médicos para el tratamiento de la obesidad y del déficit atencional en niños. En otros países la situación es distinta. En Inglaterra, sólo se permite para el tratamiento de la narcolepsia y el déficit atencional; en Estados Unidos se permite su comercialización, con receta médica no renovable, en los tres casos mencionados. En general, se considera que estas drogas tienen un uso médico limitado y se discute su efectividad en ciertos cuadros, especialmente en lo que se refiere a la obesidad.

En Chile, por lo general, se consumen oralmente en cápsulas o pastillas. En otros países, como Inglaterra y Estados Unidos, suele comercializarse ilegalmente como polvo. En estos casos, la pureza de la droga varía mucho, y generalmente se mezcla con otras sustancias estimulantes (cafeína), otras drogas (paracetamol) o sustancias para aumentar el volumen como talco, leche en polvo y harina. El polvo puede ser inhalado, inyectado o mezclado con alguna bebida.

Por ser una droga estimulante, produce una sensación de euforia, falta de sueño y apetito. Se acompaña de cambios físicos, como aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y dilatación de pupilas. En dosis mayores puede producir pánico y paranoia. Se ha comprobado que su uso regular produce tolerancia, dependencia e, incluso, síndrome de privación al suspender drásticamente la ingesta.

Una intoxicación leve se manifiesta en inquietud, insomnio, irritabilidad y temblores. Con dosis mayores pueden aparecer disritmias, convulsiones y coma que pueden llegar al colapso y la muerte.

El uso regular generalmente lleva a la falta de sueño y alimento, lo que se traduce en una baja de la resistencia a enfermedades y problemas alimenticios, como la anorexia nerviosa. Algunos usuarios experimentan drásticos cambios de ánimo con períodos de gran energía, seguidos de momentos de letargo y depresión.

## **B. Solventes volátiles**

Los solventes volátiles producen ciertos vapores químicos que, al ser inhalados, inducen un efecto psicoactivo y de alteración mental. Entre los inhalantes se encuentran pinturas, pegamentos, barnices y aerosoles de uso doméstico o industrial. En Chile, el más consumido es el Neoprén, que es un pegamento. El CONACE y otras entidades y personas vinculadas al tema señalan que es inhalado mayoritariamente por niños pobres para combatir el hambre y el frío.

Los vapores inhalados pasan rápidamente desde los pulmones hacia la sangre, que los lleva hacia el cerebro e hígado; se produce así depresión del sistema respiratorio y cardiovascular. Los efectos inmediatos son similares a los que produce el alcohol:

alegría, desinhibición, modorra, insensibilidad y pérdida del apetito. Éstos duran aproximadamente 45 minutos, tras los cuales dominan los sentimientos de cansancio y somnolencia.

La inhalación reiterada puede provocar daño en las zonas del cerebro participantes en el proceso de aprendizaje, movimiento, visión y audición. Las anomalías cognitivas pueden ir desde problemas leves hasta la demencia.

### **C. LSD**

El LSD (ácido lisérgico) es una de las principales drogas alucinógenas. Es un polvo blanco, pero suele comercializarse en pequeños cuadrados o circunferencias de papel que han sido impregnados con la sustancia. Usualmente, se ingiere por vía oral. Los efectos aparecen a la media hora de consumir el ácido y duran entre 8 y 12 horas.

Los efectos del consumo de LSD son impredecibles; dependen de la dosis, la situación en que se utiliza y la personalidad, expectativas y estado anímico del consumidor. Algunos experimentan “viajes” placenteros y otros, “malos viajes”; también hay quienes experimentan sensaciones agradables y desagradables en la misma ingesta.

Los efectos físicos incluyen dilatación de pupilas, aumento de la temperatura corporal, aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de la boca, ausencia de apetito y sueño. Se producen alteraciones en la percepción de sí mismo y de la realidad, y se experimenta una serie de sentimientos distintos.

El consumo de LSD genera tolerancia, ya que se requieren cada vez dosis mayores para producir el mismo efecto, pero esta droga no genera dependencia en el sentido de que la persona que deja de usarlo no experimenta la necesidad de buscar compulsivamente la sustancia (“craving”).

### **D. Éxtasis**

El éxtasis (MDMA) es una droga sintética con propiedades estimulantes y alucinógenas. Se comercializa en tabletas o cápsulas de variados colores y diseños. Se administra oralmente.

El éxtasis es generalmente consumido por jóvenes en largas fiestas bailables, porque esta droga posee propiedades estimulantes, que permiten bailar por largos períodos de tiempo sin experimentar mayor cansancio. Además, los usuarios relatan experiencias de empatía, cercanía y sintonía con otros, lo que la hace particularmente funcional a esta clase de fiestas. En estos casos, los principales riesgos de su consumo son la deshidratación y aumento excesivo de la temperatura corporal. Se ha señalado que, en combinación con el alcohol, el consumo de éxtasis puede causar una reacción adversa o ser más dañino; por ejemplo, el alcohol también puede causar deshidratación, por lo que el consumo combinado potenciaría este riesgo.

Por lo general, al usuario se le dilatan las pupilas, le tiritan la mandíbula, suda, se le seca la boca y la garganta; la presión sanguínea y el ritmo cardíaco aumentan.

Su uso regular puede generar problemas de sueño, falta de energía, problemas de alimentación (incluida la anorexia nerviosa), sentimientos de ansiedad y depresión. También puede producirse cierta susceptibilidad a resfrío y gripe.

El éxtasis no genera dependencia física, aunque algunos usuarios desarrollan dependencia psicológica a sus efectos. Poco se sabe aún sobre los efectos de largo plazo del consumo frecuente; se cree que éste puede producir ciertas pérdidas de memoria.

El nivel de pureza de las tabletas comercializadas varía fuertemente y en algunos casos, lo que se vende como éxtasis es en realidad otra droga, algún tipo de anfetamina, por ejemplo.

## **E. Heroína**

La heroína es un opiáceo, conjunto de drogas que se obtienen de ciertas plantas de amapola. En su forma pura, es un polvo blanco o café. La heroína puede ser fumada, inhalada o inyectada.

Esta sustancia, al igual que el resto de los opiáceos, es un sedante que deprime el sistema nervioso, haciendo más lentas las funciones corporales y generando un estado de relajación. Entre los efectos inmediatos destaca el acaloramiento corporal y la sequedad de la boca. Algunos usuarios experimentan temblores abdominales, náuseas, diarrea y escalofríos. La sobredosis puede causar la muerte, como resultado de una depresión respiratoria.

El consumo de heroína genera tolerancia, dependencia psicológica y física, y adicción. En ausencia de la droga, el usuario experimenta un síndrome de privación, caracterizado por dolor muscular y de huesos, vómitos, diarreas, y temblor de extremidades.

Entre los riesgos de su consumo está la potencial aparición de abscesos cerebrales. Otras complicaciones del uso de heroína son consecuencia del sistema de administración, como el riesgo de contraer SIDA o hepatitis B y C por el uso de jeringas infectadas.

## **4. Drogas legales tabaco y alcohol**

El objetivo de esta investigación consiste en determinar cuál debe ser la meta de las políticas públicas relacionadas con el uso de drogas y qué prácticas seguidas por Chile y otros países han resultado eficaces en el logro de dichas metas. En este contexto, cabe preguntarse qué justifica que determinadas drogas sean ilegales y otras no lo sean y el abuso de cuáles (legales, ilegales o todas) es el que se busca evitar.

En esta sección se describen dos drogas legales de masivo consumo en Chile, el tabaco y el alcohol, con especial énfasis en sus efectos sobre la salud.

## A. Alcohol

Las bebidas alcohólicas contienen alcohol etílico, el cual es producto de la fermentación de los azúcares contenidos en ciertas frutas, granos y vegetales. Difieren considerablemente en el grado de concentración en que éste se encuentra: la cerveza contiene 5%, el vino tiene 13% y hay licores de más de 40%.

A diferencia del resto de las drogas, el alcohol tiene valor alimenticio y aporta calorías.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso. Su consumo produce desinhibición y dificultad para realizar ciertas tareas motoras. Una elevada concentración de alcohol en la sangre puede provocar depresión y paro respiratorio. La sobredosis puede producir la muerte. Su uso crónico puede provocar cirrosis hepática y encefalopatía de Wernicke<sup>7</sup>.

Desde la perspectiva social, dos de las principales consecuencias adversas del abuso de alcohol son los accidentes (automovilísticos y otros) provocados por quienes lo ingieren y los mayores niveles de agresividad, desatados por su consumo.

El consumo prolongado de alcohol provoca tolerancia, dependencia y síndrome de privación, el cual puede llegar incluso al *delirium tremens*.

Aunque es una droga legal, existe una serie de restricciones a su comercialización y uso. En Chile, por ejemplo, está prohibido manejar bajo la influencia del alcohol y venderlo a menores de 18 años.

## B. Tabaco

El tabaco es una mezcla de hojas secadas y molidas de las plantas “*tabacum nicotiana*” y “*nicotiana rústica*”. La forma de administración más común es fumar cigarrillos, aunque también se fuma en puros o pipa. Su principal componente activo es la nicotina; no obstante, al fumar se inhala, además, alquitrán, monóxido de carbono y otros gases.

Es una droga estimulante, aunque, paradójicamente, uno de los efectos más mencionados por sus usuarios es el de relajación. Su uso genera tolerancia, adicción y síndrome de privación.

En la actualidad existe consenso respecto de los daños que produce sobre la salud; fumar regularmente por un período largo de tiempo aumenta considerablemente el riesgo

<sup>7</sup> Lesión del sistema nervioso central causada por una acción tóxica indirecta del alcohol atribuida hoy a una deficiencia de tiamina.  
Fuente: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/AnatomiaPatologica/09Neuropatologia/9wernicke.html>.

de contraer serias enfermedades tales como el cáncer pulmonar, de boca y bronquios, enfermedades del corazón, bronquitis, mala circulación y úlceras. Los fumadores pasivos, los que inhalan el humo de cigarrillos fumados por otros, también sufren consecuencias en su salud; produce complicaciones en asmáticos, respuestas alérgicas y daño cardiovascular.

Hasta ahora, no se conocen usos médicos para la nicotina<sup>8</sup>.

## 5. Consecuencias personales, sociales y familiares del abuso de drogas

Además de los daños que las drogas provocan en la salud de quienes las consumen, su uso regular tiene otros efectos negativos de carácter psicológico y social que afectan el normal desarrollo de la personalidad y amenazan los vínculos con familiares, amigos, empleadores y el resto de la sociedad. Se ha dicho que éstos son, en definitiva, la más grave consecuencia del abuso de drogas.

A continuación se revisan las áreas en las cuales se provocan estos problemas.

En el nivel personal, quizá el daño mayor se produce cuando el consumo comienza en la adolescencia. En este caso, las drogas interfieren con el normal desarrollo y maduración del joven, al evitarle enfrentar ciertas situaciones que requieren ser superadas y disminuir su capacidad de elaborarlas constructivamente. Muchas veces los adolescentes usan drogas para ignorar sus problemas, sean familiares, económicos u otros. En estos casos, el joven no aprende a enfrentarlos, solucionarlos o a lidiar con la frustración que generan. El problema persiste y se agrava por no ser enfrentado a tiempo. Usar drogas para evadir sucesos problemáticos impide al joven madurar y desarrollar las habilidades necesarias para resolver ese y otras situaciones difíciles. Otras veces, los adolescentes usan drogas para hacer frente a momentos tensos, como puede serlo el ir a una fiesta o invitar a bailar. Por simples que parezcan, éstas son ocasiones de aprendizaje, en las que el joven se ejercita para controlar su ansiedad, enfrentar situaciones difíciles y establecer relaciones interpersonales sanamente. Si no lo aprende en la adolescencia, es probable que posteriormente no sea capaz de hacer frente a eventos similares en ausencia de la droga.

En el nivel familiar, el consumo regular de drogas puede dañar las relaciones entre los miembros de varias maneras. Por una parte, el comportamiento errático y las continuas mentiras del dependiente para ocultar el consumo repercuten dentro del hogar, tensando el ambiente y afectando las relaciones dentro del núcleo familiar; muchas veces se

<sup>8</sup> La excepción la constituye un chicle que contiene resina de nicotina, que se puede utilizar para dejar de fumar.

generan conflictos entre los padres por la forma en que se debe abordar el problema. Además, el dependiente suele poner su propio interés (en particular, el de conseguir la droga) por sobre las necesidades del resto de la familia, lo que dificulta la convivencia. Por otra parte, algunos adictos venden cosas de la casa o roban dentro del hogar para procurarse la droga, lo que daña aún más las relaciones y tiene evidentes repercusiones económicas. Hay estudios que encuentran una correlación positiva entre la violencia intrafamiliar y el abuso de drogas<sup>9</sup>. Por último, algunos adictos terminan abandonando el hogar, ya que su estilo de vida no es compatible con el del resto de la familia.

El desempeño en la escuela y el lugar de trabajo también se afecta. En jóvenes de edad escolar el abuso de drogas se relaciona con ausentismo, atrasos frecuentes y desertión<sup>10</sup>. Esto deja a los adolescentes desprotegidos, con excesivo tiempo libre y con pocas posibilidades de desarrollo laboral futuro. En el trabajo, la adicción también se ha correlacionado con mayor ausentismo, pérdida de productividad y atrasos reiterados.

El abuso de drogas puede causar un comportamiento delictivo, tema que se aborda más adelante. Por ahora, baste mencionar que esto –además del evidente daño a la sociedad– afecta directamente al consumidor, por cuanto lo pone en contacto con otros infractores de la ley y lo expone a eventuales arrestos y encarcelamiento.

<sup>9</sup> Por ejemplo, (i) Brookoff D, O'Brien KK, Cook CS, Thompson TD, Williams C. Characteristics of Participants in Domestic Violence Cases. *JAMA* 1997; 277:1369-73.

<sup>10</sup> El estudio cualitativo para Chile "Perfil psicosocial del desertor escolar" (Adimark, Santiago, 2001) concluyó que "El mal rendimiento y trastornos conductuales surgen en algunos casos en jóvenes que se encontraban consumiendo drogas". El mal rendimiento y los trastornos conductuales, a su vez, son motivos para desertar.

## III. EL PROCESO DE LA ADICCIÓN

La adicción es un estado al que se llega luego de un proceso continuo, que se inicia la primera vez que se prueba determinada droga. Es un camino distinto para cada persona, el cual dependerá de las características del sujeto, la droga en cuestión, el patrón de consumo y el ambiente. La mayoría de las personas que prueba la droga sólo llega a experimentar con ella sin desarrollar una dependencia. Sin embargo, algunos siguen avanzando hacia niveles de consumo cada vez mayores y, con el tiempo, se hacen adictos.

Existe cierto patrón común en el proceso de la adicción, el cual puede ser estructurado en un número limitado de etapas diferenciadas para su presentación, aunque la realidad sea más compleja y éstas se superpongan unas a otras.

Se han elaborado varios esquemas del proceso de la adicción, que se diferencian principalmente en el número de etapas dentro del proceso y los nombres que se le dan a cada una de ellas. Sin embargo, en su exposición, todos dan cuenta de un proceso similar, que comienza con un consumo esporádico en que la droga no tiene mayor importancia dentro de la vida del sujeto y éste tiene otros intereses y ocupaciones que desarrolla normalmente. Se evoluciona progresivamente hacia la etapa de dependencia, en la cual la droga es lo principal en la vida y la persona experimenta toda clase de consecuencias adversas de su consumo, aunque no es capaz de dejarla.

A continuación se expone el esquema presentado por Arnold Washton (1995), que se estructura en tres etapas: uso experimental, uso regular y uso adictivo.

### 1. Uso experimental

Esta etapa se inicia con el primer consumo y se alarga mientras su uso sea algo ocasional, que no se planea con anticipación. Se experimenta con drogas en compañía del grupo de pares, no a solas, y en situaciones sociales como recitales o fiestas.

En general, está motivado por la curiosidad, por la presión de los pares, el deseo de aceptación y el ansia de experimentar una sensación placentera. La familia no se perca-ta de lo que ocurre, porque no hay cambios significativos de conductas o hábitos.

La duración de esta etapa varía según el tipo de droga, la forma de administración y las características personales del sujeto. Se corre el riesgo de progresar a un uso más frecuente, aunque la mayoría de las personas sólo llega hasta esta fase, optando por interrumpir el consumo ante el riesgo de desarrollar posteriormente la adicción.

## **2. Uso regular**

Cuando un consumidor experimental empieza a planear su próxima ocasión de consumo y comienza a drogarse siempre en determinadas situaciones (por ejemplo antes de cada fiesta o todos los fines de semana), se está empezando a instaurar el uso regular. En este momento, la droga es parte del estilo de vida de la persona. El patrón de uso puede aún ser intermitente o esporádico, pero se perpetúa por el deseo de alcanzar la euforia y porque aún no se evidencian consecuencias negativas atribuibles directamente a la droga.

Ya no es necesario estar con los amigos para consumir, y la persona comienza a procurársela por sí misma.

Durante esta etapa comienzan los cambios bioquímicos, por lo que empieza la tolerancia.

## **3. Uso adictivo**

La persona se hace adicta a cierta sustancia cuando ya no puede controlar su consumo y deja de ser capaz de escoger entre administrársela o no. En este momento, la droga se convierte en lo más importante y la existencia se organiza en torno a conseguir esa sustancia.

La adicción se caracteriza por:

- (i) Necesidad irresistible e intensos deseos de ingerir la droga, siendo esto prioritario a cualquier otra actividad, aun cuando ya no se experimente el mismo grado de placer de las primeras experiencias
- (ii) Incapacidad para autolimitarse y controlar el uso.

(iii) Uso continuado, a pesar de las consecuencias negativas del consumo, tanto sobre su salud como sobre otras áreas de la vida, como, por ejemplo, la pérdida del trabajo o el abandono de la pareja.

(iv) Negación del problema

Otro esquema comúnmente utilizado para describir el proceso de adicción es el que se organiza en torno al “giro anímico” (emoción disfórica o eufórica) que experimenta el consumidor de drogas. Este modelo consta de 4 etapas: (i) Aprendiendo el giro anímico, (ii) Buscando el giro anímico, (iii) Preocupación por lograr la euforia y (iv) Desesperación por lograr la normalidad.

La primera etapa de este esquema coincide con la fase de uso experimental del modelo de Washton. La clave durante este período es el grupo de pares: la necesidad de pertenencia y aceptación de ellos es una de las motivaciones principales. La familia, por su parte, es un importante factor de protección, por cuanto las que son afectivas, integradas, y con humor dotan a sus hijos de herramientas para hacer frente a las presiones externas.

Las etapas (ii) y (iii) se asemejan a la fase de uso regular del esquema de Washton. En estos estadios la persona ha dejado de experimentar, para pasar a un uso más frecuente. Comienza a vincularse con proveedores y asume un rol más protagónico. Al principio, el usuario adopta una estructura de vida “dual”, manteniendo una fachada de normalidad en la familia y el colegio, mientras vive una vida oculta con las personas participantes en el consumo de la droga. Esto es difícil de sostener, y hacia la etapa (iii) la dualidad se rompe, y la familia se da cuenta de que sus sospechas eran fundadas y es testigo del problema del hijo o hija. Comienzan los robos para financiar el consumo, primero dentro del hogar y luego fuera de éste.

Por último, la (iv) etapa: “desesperación por lograr la normalidad” se asemeja a la de uso adictivo del primer esquema presentado. La tolerancia es tal, que ya no se logra la euforia, y sólo se consume para evitar el síndrome de privación y la angustia. Se experimenta con nuevas sustancias, o se mezclan varias de ellas.

Con todo, la adicción no es algo que aparece de la noche a la mañana, sino más bien la fase última de un proceso continuo, que puede ser interrumpido en las distintas etapas, aunque a medida que se avanza es más difícil y se requiere de ayuda externa para lograrlo.



## IV. BASE NEUROBIOLÓGICA DE LA ADICCIÓN

### 1. Cómo actúa la droga en el cerebro

Hoy se sabe que todas las sustancias adictivas actúan en el circuito del placer o de la recompensa del sistema nervioso central, y eso explica la sensación agradable o “euforia” que describen los consumidores de ellas.

La investigación científica ha permitido identificar ciertas áreas de la corteza cerebral que gobiernan funciones específicas, como, por ejemplo, el área sensorial, motora y visual. Se han identificado también estructuras del sistema nervioso central (SNC) que cumplen determinadas tareas, como el hipocampo, que se relaciona con la memoria. Por otra parte, se han detectado circuitos o vías que conectan distintas áreas, conduciendo e integrando información. Uno de estos últimos es el circuito del placer o de la recompensa.

Éste se ubica en la parte central del cerebro y está integrado por el área tegmental ventral (ATV), el núcleo acumbens y la corteza prefrontal. La función de este circuito es reforzar conductas necesarias para la supervivencia de las especies, como el comer, beber, tener sexo, cuidar a las crías, etc. Por eso, comer es agradable. Cuando una persona se alimenta, este circuito se activa para provocar placer y reforzar de ese modo la conducta.

Los científicos han determinado que –al igual que los estímulos naturales mencionados- las drogas también activan el circuito del placer<sup>11</sup>. Aunque los distintos tipos (opiáceos, cocaína, marihuana, etc.) actúan de manera distinta, todos ellos aumentan la actividad en este circuito mediante el incremento de la transmisión de dopamina, lo que explicaría la “euforia” descrita por los consumidores y hace que estas drogas sean potencialmente abusadas. De hecho, estudios de laboratorio con ratas han demostrado que cuando ciertas drogas (marihuana,

<sup>11</sup> Además del circuito del placer, cada tipo de droga llega a distintas partes del cuerpo y del cerebro, lo que explica los otros efectos que ellas producen, además de la euforia. Por ejemplo, el THC (principal principio activo de la marihuana) se concentra en el hipocampo, lo que explica sus efectos sobre la memoria y, en el cerebelo, lo que causa problemas motores, como descoordinación y pérdida de equilibrio.

cocaína, anfetaminas) son introducidas directamente en la vía de la recompensa, el animal realiza conductas repetitivas que provocan nuevas aplicaciones de la sustancia, mientras que cuando se administra en las zonas cerebrales contiguas, la rata deja de hacerlo.

En la actualidad existe consenso respecto de que el sentimiento de euforia descrito por los consumidores y producido por la vía de la recompensa constituye un refuerzo primario positivo para el consumo de drogas adictivas. Es más, se ha postulado que ésta es la causa de que ciertas sustancias sean adictivas: *“La única característica común esencial de las drogas adictivas es la neurobiológica: su capacidad de activar el circuito de la recompensa o placer en el cerebro”*<sup>12</sup>.

El deseo de experimentar la euforia puede ser la causa de las primeras experimentaciones con drogas, pero, sin duda, deben ser considerados también otros elementos para entender el uso prolongado de estas sustancias y la adicción a ellas.

Al respecto, se ha demostrado que el consumo de drogas adictivas puede provocar neuroadaptación, que altera el funcionamiento en el circuito de la recompensa mediante ciertos cambios en la síntesis, transporte, liberación, reabsorción y metabolismo de determinados neurotransmisores, y cambios en la forma en que se procesan los signos del receptor en la neurona receptora. Esto produce, en el nivel neuronal, el efecto contrario al obtenido con la droga. La neuroadaptación depende del tipo de droga, el tiempo que haya consumido y la frecuencia con que lo haya hecho.

La neuroadaptación es la base funcional de la dependencia y se expresa, cuando la droga no está presente, de dos formas: (i) en el síndrome de privación y, (ii) estado de anhedonia -incapacidad para experimentar placer-, lo que estaría explicado por un nivel subnormal de dopamina en el núcleo acumbens. Por otra parte, cuando sí se ingiere la droga, el efecto buscado es menor o, alternativamente, se requieren dosis progresivamente superiores para lograr los mismos efectos, lo que se conoce como tolerancia. Se ha observado también que los abusadores crónicos de drogas experimentan un deseo incontrolable o antojo (*“craving”*) por ingerir la sustancia cuando han sido privados de su uso por cierto tiempo.

Así, en términos simples, el consumo de drogas podría estar explicado, en una primera etapa, por el deseo de experimentar la euforia y, luego, potenciado mediante la neuroadaptación expresada en la tolerancia, el antojo, la dependencia y el síndrome de privación.

Lo anterior debe ser entendido como un patrón común del efecto neurobiológico que produce la ingesta de sustancias adictivas. Existe una serie de particularidades en la

<sup>12</sup> Elliot L. Gardner y James David (1999).

forma que cada una de estas sustancias actúa en el cuerpo humano, lo que explica las diferencias observadas clínicamente en los patrones de uso, los síntomas del síndrome de privación y otros, lo que es material de continua investigación.

## **2. Factores genéticos asociados a la drogodependencia**

Se ha postulado que las adicciones podrían tener una base genética, existiendo, por tanto, individuos con mayor predisposición a abusar de las drogas. De existir una diferencia genética, ésta, por sí sola, no sería suficiente para que se desarrolle la dependencia, así como tampoco aseguraría que aquellos que no tienen tal base tengan garantizada la protección. Más bien, este sería un elemento más en el complejo ámbito de las causas de la drogodependencia.

Numerosos estudios han determinado la existencia de factores genéticos asociados al uso y abuso de alcohol. La investigación se ha hecho tanto en humanos (familias, mellizos, casos de adopciones) como en animales. El estudio de estos últimos ha concluido que el factor hereditario contribuye a la preferencia por el alcohol e influye en sus propiedades de refuerzo, tolerancia y dependencia física. Aún se investiga qué es exactamente lo que se hereda y cómo esto influye en la forma en que la droga interactúa con el cuerpo que la recibe.

Para otras drogas de abuso distintas del alcohol, la evidencia científica es aún escasa y no concluyente, aunque algunos estudios con animales han señalado que podría haber también una base genética asociada.



## V. TEORÍAS DE LA ADICCIÓN

En las últimas décadas, el tema de las adicciones ha generado un creciente interés por parte de diversas disciplinas. Psicólogos, sociólogos y economistas –por citar sólo algunos- han estudiado el fenómeno e indagado en busca de las causas que lo explican. Este esfuerzo teórico, sumado a los logros de la investigación científica en el campo de la neurobiología que han clarificado la forma en que las drogas actúan sobre el cuerpo humano y provocan la euforia<sup>13</sup>, han permitido una mejor comprensión del fenómeno.

En esta sección se revisan algunas de las teorías que se han planteado para explicar las adicciones. Cada una pone el énfasis en algunos elementos y analiza la forma mediante la cual éstos son relevantes en el proceso. Obviamente, reconocen que existen otros factores que intervienen en el desarrollo de una adicción.

Al respecto, hoy existe acuerdo en que la adicción es un fenómeno con múltiples causas y diferentes matices, según la sustancia, la persona o el ambiente en que tiene lugar. Los distintos elementos que favorecen el desarrollo de la adicción –enfanzados en diferentes teorías- se relacionan entre ellos, y cada uno tiene predominancia en determinadas etapas del proceso. Así, por ejemplo, mientras los elementos personales (como la curiosidad) y sociales (como la presión de pares) son más importantes para explicar la experimentación, los elementos farmacológicos de la droga (como la euforia que provoca el consumo y el síndrome de privación) son más relevantes cuando el consumo se ha hecho regular.

Las tres secciones siguientes sintetizan algunas teorías psicológicas, sociológicas y económicas de la adicción.

<sup>13</sup> Ver capítulo anterior.

## 1. Aproximación desde la psicología

A continuación se presentan brevemente algunos enfoques de la psicología para comprender el fenómeno del abuso de drogas y las causas de ello.

### A. Teorías del aprendizaje

El consumo repetitivo de sustancias psicoactivas produce gran variedad de respuestas aprendidas, las que han sido abordadas por la teoría del aprendizaje desde los paradigmas del condicionamiento clásico y operante. Ambos analizan la relación estímulo-respuesta; mientras el primero la analiza de manera directa, el segundo lo hace focalizándose en el proceso de búsqueda y autoadministración de la droga. También se considera la interacción entre los efectos agradables (euforia) y desagradables (irritación, angustia, insomnio, etc.) del consumo de drogas, lo que se aborda con la teoría del proceso opo-

#### a. El condicionamiento clásico

Los fenómenos de la tolerancia, síndrome de privación y deseo incontenible de conseguir la droga pueden ser explicados desde el paradigma del condicionamiento clásico postulado por Pavlov en 1927.

En términos simples, la teoría plantea que existen *estímulos naturales incondicionados*, que desencadenan *respuestas incondicionadas* en animales y humanos. Si junto con éste se presenta otro estímulo, llamado *condicionado*, y esto se repite varias veces, se produce un proceso de aprendizaje que desencadena la *respuesta condicionada*.

En el ejemplo clásico de Pavlov, un perro que ha sido expuesto sucesivamente a recibir alimento (estímulo incondicionado) junto con un campanazo (estímulo condicionado), comienza a salivar (respuesta condicionada) al sentir la campana, aún cuando no se le presente en esta ocasión el alimento. Dicho efecto funciona porque el organismo anticipa que recibirá alimento al percibir el sonido y, por ello, prepara su cuerpo para la ingesta de comida, produciendo saliva.

La manera en que el cuerpo reacciona ante la ingesta de drogas encaja en el paradigma del condicionamiento clásico. Cada vez que se autoadministra la sustancia, la persona tiene una serie de respuestas orgánicas (ej.: aumento del ritmo cardíaco, sudoración). Este estímulo incondicionado (droga) siempre se presenta junto a otros estímulos (jeringas, pipas, papelillos, personas, lugares) que definen el ambiente en el que la persona se droga. Luego de sucesivas ocasiones de consumo similar, ambos estímulos (droga y ambiente) se asocian, generando una respuesta condicionada en el individuo al estar en este ambiente, aun antes de que haya efectivamente consumido la droga. La respuesta condicionada es de signo opuesto a los efectos de la droga, ya que el cuerpo se está

preparando para mantener el equilibrio homeostático<sup>14</sup> una vez que se reciba la sustancia. Por ejemplo, si la sustancia tiene la facultad de aumentar la temperatura corporal, la respuesta condicionada será sentir frío; si la droga relaja, el sujeto se pondrá tenso.

La tolerancia conductual (aquella que se relaciona con el proceso de aprendizaje) puede ser explicada por el condicionamiento clásico. Cuando se está experimentando con la sustancia aún no se ha producido condicionamiento, por lo que el cuerpo no se prepara para contrarrestar los efectos de la droga; así, si la persona consume, éstos se manifiestan en su totalidad. Una vez que la ingesta de droga se hace más frecuente y el condicionamiento comienza a operar, frente a las claves del ambiente se produce la respuesta condicionada de signo opuesto a los efectos de la droga, lo que hace que, una vez consumida, éstos se manifiesten más debilitados. A mayor número de ocasiones similares de consumo, mayor condicionamiento. Esto fortalece la respuesta condicionada que, a su vez, atenúa progresivamente los efectos de la droga. Esto último es lo que se conoce como tolerancia.

Respecto de la abstinencia, el mecanismo es similar: cuando se ha condicionado el consumo a ciertas claves del ambiente, el exponerse a ellas desencadena la respuesta condicionada de signo opuesto a los efectos de la droga, lo que —de no mediar el consumo— es experimentado como síndrome de privación.

Con esta teoría también se han explicado ciertas muertes por sobredosis. El raciocinio es el siguiente: una vez producido el condicionamiento, cuando la persona se droga en el ambiente de siempre, la respuesta condicionada contrarresta los efectos de la droga, lo que ayuda a mantener el equilibrio homeostático. Si este sujeto cambia de ese ambiente a otro en que no están presentes los estímulos condicionados, el cuerpo no se prepara para recibir la sustancia, por lo que los efectos se manifiestan con mayor potencia, lo que puede provocar la muerte.

### **b. El condicionamiento operante**

La premisa básica del condicionamiento operante es que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias; mientras mejores sean las consecuencias de determinado evento, más se repetirá. Se denomina *reforzador* a cualquier elemento que aumente esta probabilidad.

En este contexto, la euforia que provoca el consumo de drogas actúa como *reforzador*, ya que, al ser placentera, incrementa la probabilidad de que la persona vuelva a buscar la sustancia, para experimentar esa sensación agradable. Esto se conoce como *reforzamiento positivo*. Por otra parte, el síndrome de privación también refuerza la con-

<sup>14</sup> Homeostasis: término que alude a la tendencia del cuerpo a mantener el equilibrio fisiológico, compensando su química.

ducta de búsqueda y autoadministración de la droga, ya que la persona aumenta la probabilidad de consumir la droga para aliviar esta sensación desagradable. Esto se conoce como *reforzamiento negativo* y difiere del positivo en cuanto a que lo que se busca es evitar algo, más que obtener algo.

Ambos reforzamientos, positivo y negativo, explican por qué las personas continúan consumiendo drogas: lo hacen para volver a experimentar la euforia y para evitar el síndrome de privación, respectivamente. El primero tiene más relevancia en la primera fase de la adicción, cuando el consumo es experimental (la euforia es potente y la abstinencia no provoca grandes desagradados). Por el contrario, el reforzamiento negativo predomina cuando ya se ha desarrollado la adicción (la euforia es débil y se manifiesta el síndrome de abstinencia).

Un tercer tipo de reforzamiento es el *condicionado*, en el cual cierto estímulo adquiere la propiedad de reforzador mediante un proceso de condicionamiento. En este caso, el reforzador original (droga) se asocia a otro estímulo (claves del ambiente), el cual por sí solo se convierte en un elemento que aumenta la probabilidad de ocurrencia de determinada conducta -en este caso, de buscar la droga-, o se convierte en un *estímulo discriminativo*, que indica la disponibilidad del reforzador en la cadena de conductas (*si hay pipas, probablemente habrá después marihuana, y su presencia inducirá la conducta de procurársela*).

Al producirse esta clase de condicionamiento, cuando el consumidor ve ciertas claves (su grupo de amigos adictos, por ejemplo), es más probable que intente conseguir la droga, desencadenando un proceso de conductas destinadas a ese fin.

### **c. Teoría del proceso oponente de la motivación adquirida**

Esta teoría aplicada al consumo de drogas puede explicar por qué las primeras veces que se experimenta con drogas éstas producen un nivel mayor de euforia y un nivel menor de efectos desagradables, comparado con lo que produce el consumo una vez que éste se ha hecho regular.

La razón estaría dada por la forma en que evolucionan el *proceso primario* y el *oponente*, siendo éstos las dos respuestas -de signo opuesto- que se desencadenan frente a un estímulo como el consumo de una droga. El primero de ellos se refiere a los efectos positivos de la droga y da cuenta de la euforia experimentada. El segundo se opone al primero y da cuenta del síndrome de privación y las sensaciones desagradables cuando el efecto de la droga se ha extinguido. El proceso primario es más intenso (al principio) y más corto que el proceso oponente, razón por la cual suceden al consumo los efectos placenteros; a medida que pasan los minutos, éstos se debilitan y luego son superados por los desagradables.

Lo interesante es que el proceso oponente se va fortaleciendo a medida que se suceden las ocasiones de consumo, mientras que el primario mantiene su potencia. Esto explica la evolución de los efectos del consumo de drogas a medida que se desarrolla el proceso

de adicción. En la etapa de uso experimental, la euforia es intensa y los efectos adversos prácticamente inexistentes, ya que el proceso oponente aún es débil, lo que permite al proceso primario (“euforia”) expresarse libremente. Cuando se avanza hacia un consumo regular y luego adictivo, las consecuencias del consumo son distintas: la euforia es débil, mientras que el síndrome de privación se hace evidente. La sucesión de ocasiones de consumo fortaleció el proceso oponente, el que prácticamente eliminó la manifestación del proceso primario y se evidenció en las náuseas, irritabilidad y otros efectos desagradables.

Cuando el consumo se ha hecho abusivo y la euforia es prácticamente inexistente frente al síndrome de privación que se desencadena luego del uso, ¿por qué se mantiene el consumo? La respuesta estaría en el condicionamiento clásico y operante, recientemente expuestos.

## **B. El enfoque del psicoanálisis**

Para esta corriente de la psicología, la pregunta básica es por qué se consumen drogas. Olievenstein (1985) plantea que en el caso de los jóvenes la razón sería el tratar de satisfacer una necesidad que se sitúa en varios niveles y que se relaciona con la misma persona (cuerpo, psiquis, afectividad, búsqueda del placer y de lo sagrado) y con las conexiones que ésta establece con la familia, la sociedad y la ley. En el origen del consumo estaría la búsqueda del placer que la droga es capaz de provocar, lo que adquiere gran importancia en relación con las carencias que se experimentan en la vida tal cual la está viviendo el sujeto. La euforia asociada al uso de drogas sería un placer de calidad superior al placer sexual. En palabras del autor: *“Por medio de este hecho (consumo de droga) se protegen del mundo exterior y no dejan filtrar sino las sensaciones agradables, como las que siente un feto en el vientre de su madre”*.

Otros autores psicoanalistas han refutado la idea de que la adicción es impulsada por un deseo de placer. Brian Johnson (2000) revisa la literatura del psicoanálisis referente a las adicciones y presenta tres perspectivas complementarias entre sí (y alejadas de la idea del placer como motivación central), que sirven de base en el momento de tratar a un paciente en particular, actividad central para esta corriente. Los tres enfoques son los siguientes:

El modelo de sensibilización al incentivo plantea que en el deseo compulsivo de la droga, el placer pronto se vuelve un factor irrelevante, en detrimento de consideraciones neurobiológicas que explican que ciertas claves activen mecanismos orientados a conseguir la sustancia.

La postura de la intolerancia hacia los afectos afirma que la falta de habilidad crónica para manejar los estados afectivos tiene como resultado la huida recurrente hacia los estados alterados producidos por la droga.

El tercer esquema es el de la adicción como sustituto del objeto. Según este enfoque, la falta de capacidad para usar las relaciones internas o externas tiene como resultado la necesidad constante de conductas adictivas como reemplazo de otros objetos ausentes, tales como una relación sana con los padres.

### C. Enfoque sistémico

En términos simples, el enfoque sistémico –basado principalmente en la Teoría General de Sistemas- postula que los individuos son parte de un sistema, en el cual el estado de cada uno de los miembros está determinado por el de los otros, estando todos en continua interacción. La comunicación y retroalimentación entre las personas que forman los sistemas (familias, pares, etc.) mantiene el equilibrio homeostático<sup>15</sup> de la organización.

El enfoque sistémico de la adicción a las drogas plantea que –sin desconocer la influencia de otros factores como los fisiológicos o los económicos- es la familia del adicto y la relación que se establece dentro de ella la que determina en gran medida su adicción y la forma en que ésta evoluciona.

En palabras de Stanton, Todd y cols.<sup>16</sup>: *“Sugerimos que la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico, que involucra a tres o más individuos, comúnmente el adicto y sus dos padres o padres sustitutos. Estas personas forman un sistema íntimo, interdependiente, interpersonal”*.

Se diferencia así de la mayoría de las corrientes explicativas y de tratamiento del fenómeno de la adicción, que se concentran de manera exclusiva en la persona dependiente.

En el contexto familiar del adicto surge una *tríada*, una conexión fuerte entre tres personas que, comúnmente, son ambos progenitores y el hijo dependiente. En ausencia de uno de los padres, suele haber otro adulto íntimamente relacionado, ya sea la pareja de la madre, una abuela u otro pariente. De particular importancia es la relación entre el adicto y su madre, la que habitualmente es apegada, sobreprotectora e indulgente con este hijo. Tan relevante es este lazo, que se plantea que la familia de origen resulta más influyente que la familia procreativa, por lo que el adicto tiene dificultades para establecer relaciones de pareja y suele involucrarse en relaciones que repiten el patrón de conductas de la familia originaria. Así, por ejemplo, una mayor proporción de hombres adictos que de aquellos que no lo son fracasa en su relación marital y vuelve a su familia de origen. Asimismo, los adictos adultos tienen una relación más cercana que el resto con sus padres o con quienes los criaron: viven con ellos, telefonan periódicamente, etc.<sup>17</sup>.

La mayoría de las adicciones surge en la adolescencia. El joven busca experimentar

<sup>15</sup> En teoría de sistemas, se refiere al equilibrio entre lo que está dentro y fuera del sistema, o dentro y fuera de los elementos del sistema.

<sup>16</sup> Stanton M. D., Todd T y cols. (1999).

<sup>17</sup> En Stanton M. D., Todd T y cols (1999) se señala que habría al menos dos tercios de los drogadictos masculinos menores de 35 años que viven con las personas que los criaron, y que entre 80 y 85% mantiene por lo menos un contacto semanal con estas figuras parentales.

sensaciones nuevas y establecer relaciones con personas ajenas al núcleo familiar. Ésta suele ser una etapa de tensión para la mayoría de los padres, pero en el caso de los progenitores de adictos, esto desencadena una serie de conflictos, como resultado de su incapacidad de relacionarse sanamente en ausencia del hijo. La presión es tal, que muchos adictos se mantienen ligados a sus familias de origen de manera crónica. El frustrado intento por separarse y forjar una vida independiente se puede manifestar de varias formas, tales como: (i) incapacidad para establecer relaciones íntimas con personas ajenas a la familia, (ii) incapacidad para desarrollar una actividad laboral o estudiantil estable, (iii) el empleo en trabajos para los cuales se está sobrecalificado o, (iv) el desarrollo de una adicción.

La estabilidad del sistema entre el dependiente y su familia puede verse perturbada por una serie de conflictos como, por ejemplo, una amenaza de separación por parte de un cónyuge. La tensión familiar es tal, que el adicto hará algo para llamar la atención de sus padres, como, por ejemplo, ingerir una sobredosis de droga o cometer un delito. Los progenitores reaccionan concentrándose en el hijo en apuros, evitando la resolución del conflicto original. Así, la inestabilidad de la relación padre-madre se vuelve estable, al orientarse al hijo en problemas en esta nueva relación de tres. Todo vuelve a estabilizarse hasta que el hijo muestra una competencia creciente, evidenciando que puede desenvolverse bien solo (casándose o consiguiendo un empleo, por ejemplo). El conflicto no resuelto entre los padres reaparece, y el hijo hace nuevamente algo para desviar la atención, haciendo que el ciclo vuelva a comenzar. Es por ello que las adicciones tienden a mantenerse en el tiempo y resulta difícil salir de ellas sin cambios favorables en el entorno familiar.

## 2. Aproximación desde la sociología

Sin duda, entre las causas de la adicción hay elementos del individuo y del ambiente; respecto de este último, existen entornos socioculturales que protegen y otros que favorecen el desarrollo de una adicción, tema que aborda la sociología.

La frustración que provoca no contar con los medios suficientes para lograr las metas que la sociedad propone, el afán de pertenencia al grupo de pares y el aprendizaje de conductas desviadas que puede darse dentro de estos grupos, junto con el deseo de protestar contra el orden establecido, son muchas veces la causa del desarrollo de una adicción. Las siguientes son algunas de las teorías que se centran en los elementos del entorno para explicar el fenómeno de la adicción<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Esta revisión aparece en Viveros Cerda, Licer (1993).gn

### **A. La teoría de la anomia**

La anomia, según la conceptualización del sociólogo norteamericano Robert K. Merton, se refiere a las discrepancias entre las metas culturalmente aceptadas y los medios disponibles para alcanzarlas. Cuando esto sucede, se genera frustración, por lo que la persona buscará algún mecanismo de adaptación, como la rebelión o el retraimiento, para liberarse de las presiones internas que esta diferencia provoca. En este contexto, la adicción puede ser entendida como la forma en que la persona evade los problemas renunciando a las metas y a los procedimientos necesarios para lograrlas. El adicto se retrae y aísla en sí mismo, evitando el contacto con el exterior.

Este podría ser el caso de un joven de escasos recursos y marginado que –al no contar con los medios para lograr lo que es socialmente aceptado (trabajo, auto, dinero, etc.)- evita la frustración abocándose al consumo de drogas.

### **B. El enfoque de aprendizaje social / asociación diferencial**

La presión de los pares es continuamente citada como una de las causas principales para iniciarse en el consumo de drogas y, luego, uno de los elementos que más dificulta el dejar de tomarlas. Las teorías de aprendizaje social y asociación diferencial explican este fenómeno.

La primera señala los mecanismos mediante los cuales el grupo de amigos influye el aprendizaje de los jóvenes: (i) los amigos refuerzan o castigan determinadas conductas, (ii) proveen definiciones normativas respecto de lo que está bien y lo que está mal y, (iii) sirven de modelo para ser imitado en sus conductas. Este mecanismo de aprendizaje se aplica a muchos elementos, tales como la preferencia por ciertos grupos musicales, la forma de vestir y el consumo de drogas.

Por su parte, la teoría de la asociación diferencial, planteada inicialmente por Sutherland en 1947, afirma que la mayoría de los comportamientos desviados –como el abuso de drogas y delincuencia- se aprenden, y que este aprendizaje se da dentro de grupos cerrados que promueven estas conductas. Cuando la mayor parte de los individuos que forman una pandilla consume drogas, los nuevos integrantes asimilan esta conducta y tienden a hacer lo mismo, razón por la cual es común ver grupos dentro de los cuales todos abusan de determinadas sustancias. Este comportamiento es continuamente reforzado dentro del conglomerado, aun cuando no sea socialmente aceptado fuera de los límites de la pandilla.

Se ha acumulado mucha evidencia empírica respaldando esta hipótesis; varios estudios demuestran una fuerte correlación entre delincuencia auto-reportada y el número de amigos delincuentes<sup>19</sup>. Por otra parte, existen estudios que analizan la asociación entre la pertenencia a una pandilla y la comisión de delitos. Entre ellos, cabe citar el de E. Finn-Aage Esbensen y David Huizinga<sup>20</sup> que concluye que los miembros de pandillas se involucran

<sup>19</sup> Ver E Mark Warr, "Age, Peers and delinquency", capítulo 16 en Rojek Dean G y Jensen Gary F.(1996).

<sup>20</sup> Finn-Aage Esbensen y David Huizinga, "Gangs, Drugs, and Delinquency in a Survey of Urban Youth", capítulo 24 en Rojek Dean G y Jensen Gary F.(1996).

considerablemente más en actividades delictivas (incluyendo venta y consumo de drogas) que los no miembros. Adicionalmente, demuestra que aun cuando los miembros tienen una tasa de involucramiento en delitos mayor que los no miembros antes de formar la pandilla, su prevalencia aumenta considerablemente con posterioridad a la entrada al grupo.

### C. La teoría de la adicción como un movimiento social

Esta aproximación se construye a partir de la constatación de que, históricamente, el consumo de drogas ha estado estrechamente ligado a prohibiciones e ilegalidad. Se argumenta que ello le confiere un significado simbólico de protesta contra el orden establecido. Así, fumar marihuana o consumir éxtasis es una manera de transgredir explícitamente las normas que la sociedad se ha impuesto y dejar de manifiesto la oposición a ellas.

Un ejemplo histórico de consumo de una droga ilegal como parte de una postura de confrontación contra el orden establecido fue el caso del movimiento hippie de los años sesenta. La ideología hippie nace como una crítica y rechazo a la sociedad, protestando contra algunos valores que ellos consideraban arraigados en esos momentos: contra el trabajo y la acumulación de bienes materiales, contra el patriotismo que involucra guerras, contra el machismo y contra el valor de la castidad. Junto con la protesta, consumían habitualmente marihuana y otros alucinógenos, como LSD, lo que terminó por identificar al grupo con ambas cosas. Así, la ingesta de estas drogas se convirtió en uno de los símbolos –como las flores y el signo de la paz– del hippismo y su discurso protestatario.

## 3. Aproximación desde la teoría de la adicción racional

### A. La teoría de la adicción racional

Muchas veces se considera al dependiente de drogas como un sujeto carente de voluntad o un enfermo, y al hecho de consumir drogas, como una conducta irracional. La teoría de la adicción racional (Becker y Murphy, 1988) postula, por el contrario, que el consumir cantidades importantes de droga (o realizar otras conductas que generan dependencia, como apostar o comer excesivamente) *pueden* ser producto de una decisión racional, entendida ésta como aquella que maximiza el bienestar de la persona (utilidad) en el tiempo<sup>21,22</sup>.

El modelo considera que la adicción surge de la interrelación entre un bien potencialmente adictivo y una persona con ciertas características que la predisponen. Por ello, explica, los adictos a un bien no necesariamente lo son a otros (adicto a la heroína pero no al

<sup>21</sup> Un acto es racional si representa la mejor manera de satisfacer el deseo que la causó, dadas las convicciones del sujeto sobre las oportunidades disponibles y suponiendo que las convicciones están basadas en la información adecuada. (John Elster 1999, citado en Waal y Morland 1999).

<sup>22</sup> Becker modela la adicción a bienes dañinos (ej.: drogas) y beneficiosos (ej.: música clásica) pero, para efectos de éste informe, sólo se consideran los primeros.

trabajo excesivo), y ciertos bienes son adictivos para unas personas y no para otras (chocolate, por ejemplo). Los siguientes son los supuestos en que se basa el modelo:

- (i) Las personas anticipan correctamente las consecuencias posibles de todas sus opciones. Una persona racional reconoce que el consumo de un bien dañino (droga, por ejemplo) tiene efectos adversos sobre la utilidad futura e incluye en el precio total del bien tanto su precio de mercado como el valor monetario de sus efectos dañinos.
- (ii) La decisión se toma considerando todo el horizonte temporal, descontando las consecuencias futuras según las preferencias individuales, lo que se expresa en la tasa intertemporal de descuento. Estas preferencias son estables en el tiempo; es decir, si un sujeto prefiere abstenerse a consumir, el simple paso del tiempo no lo hará cambiar de opinión<sup>23</sup>.
- (iii) Mientras más se haya consumido determinada droga en el pasado, menor la utilidad *total* del consumo presente. Esto se condice con el fenómeno observado de la tolerancia.
- (iv) Mientras más se haya consumido en el pasado, mayor la utilidad *marginal* del consumo presente, es decir, de la última unidad consumida. Esto puede ser fundamentado en el fenómeno del refuerzo y en presencia de síndrome de privación.

Una condición necesaria, aunque no suficiente, para que se genere una dependencia (adicción en el lenguaje de Becker y Murphy) es que exista una relación positiva entre el consumo pasado y presente, lo que ocurre si el efecto refuerzo es mayor que el efecto tolerancia. Así, considerando un determinado nivel de consumo inicial, éste irá aumentando sostenidamente hasta llegar a un nivel de dependencia. Por otra parte, se demuestra que las personas más orientadas al presente (mayor tasa de descuento intertemporal) son más proclives a desarrollar adicciones dañinas.

Según el modelo de adicción racional, las personas responden a cambios en el precio de la droga y nueva evidencia respecto de sus daños o beneficios sobre la salud. La dependencia a la droga no elimina, por tanto, la capacidad de reaccionar ante estos cambios, sino que más bien la fortalece, por cuanto los niveles de consumo pasado, presente y futuro son complementarios<sup>24</sup>.

Más específicamente, cuando el cambio es percibido como permanente (ej.: se despenaliza definitivamente el uso de la droga, lo que baja su precio), hay un efecto inmediato de aumento del consumo y, luego, producto de este aumento inicial, se desencadena un incremento progresivo, hasta llegar a un nivel de equilibrio, con un nivel de

<sup>23</sup> Este supuesto (la coherencia intertemporal) ha sido criticado por cuanto no considera casos como el siguiente: una persona ha decidido racionalmente no tomar alcohol en la fiesta a la que asistirá pero, una vez ahí, cambia su opinión (preferencias) y decide consumir. Por ello, se han propuesto nuevos modelos que consideran preferencias no estables en el tiempo (Anslie en 1992 y Lowenstein en 1999).

<sup>24</sup> La complementariedad entre los bienes X e Y implica que un aumento en el precio de X disminuye el consumo tanto de X como de Y. Un ejemplo: papas fritas y ketchup. Si sube el precio de las papas fritas disminuye el consumo de ellas, pero también el de ketchup, ya que necesito menos ketchup si no tengo papas para comerlas con éste.

consumo significativamente superior al original. Por el contrario, cuando el cambio es percibido como temporal (ej.: por razones políticas de corto plazo se decide aumentar el control sobre la oferta de drogas, lo que aumenta temporalmente su precio), el efecto suele ser modesto, por cuanto sube el costo de consumir hoy, pero no afecta el precio futuro.

Este modelo predice que los jóvenes y los pobres reaccionan más ante cambios en el precio de la droga, mientras que los mayores y las personas de ingresos superiores son más sensibles a nueva evidencia científica. Esto, por cuanto los primeros suelen asignar un valor monetario menor a los problemas de salud futura y a descontar más fuertemente el futuro que los últimos.

Cierta evidencia empírica respalda lo anterior; en los años 60 aparecieron los resultados de una serie de investigaciones que demostraban los efectos dañinos de la nicotina sobre la salud. Como predijo el modelo, el consumo de nicotina cayó. Sin embargo, no todos los grupos de la población reaccionaron igual. Los que más dejaron de fumar fueron los de mayores ingresos y mejor educación, por cuanto éstos le dan gran importancia a los efectos sobre la salud dentro del costo total de fumar.

Becker, Grossman y Murphy (1991) analizan el efecto que tendría la despenalización del consumo de drogas en conjunto con un mayor trabajo preventivo y de educación de la población. La reducción permanente del precio (producto de la despenalización) induciría un mayor consumo en el corto plazo, el cual, a su vez, aumentaría el consumo de largo plazo (por la complementariedad). Este efecto sería compensado por los programas de educación. Sin embargo, debido a que los jóvenes y pobres son más sensibles a los precios, y los mayores y ricos son más sensibles a los costos de los daños sobre la salud, se concluye que el patrón de consumo de esa sociedad se concentraría en las personas de menores ingresos y de menor edad.

## **B. Adicción producto de decisiones con grado de racionalidad limitado**

Becker y Murphy señalan que la adicción *puede* ser producto de una decisión y que ésta es racional. Durante la década de los años noventa, otros autores también han argumentado que hay un proceso de decisión de por medio, pero limitan el grado de racionalidad de ésta, al cuestionar el supuesto de las preferencias estables en el tiempo. Entre ellos se encuentran Anslie y Lowenstein.

Anslie argumenta que las preferencias no son estables, sino que éstas son revisadas en cada momento del tiempo, lo que implica que las decisiones de una persona pueden cambiar a medida que se le van acercando los momentos en que debe tomarlas (“incoherencia intertemporal”). Las preferencias son modeladas hiperbólicamente, lo que permite un comportamiento como el siguiente: en el momento 0 ( $t_0$ ), la persona prefiere un beneficio grande en  $t_2$  a uno más pequeño en  $t_1$ . Al llegar a  $t_1$ , en cambio, la persona prefiere el beneficio pequeño en ese momento ( $t_1$ ) a esperar para recibir el beneficio mayor después (en  $t_2$ ).

El ejemplo clásico es el siguiente: un alcohólico rehabilitado ha decidido no consumir alcohol en la fiesta de año nuevo (en la tarde  $-t_0-$  prefiere el beneficio mayor a futuro  $-t_2-$  de buena salud al beneficio pequeño en la noche  $-t_1-$  de beber); pero una vez que está ahí y le ofrecen, éste acepta (al estar en la fiesta prefiere el pequeño beneficio inmediato que la salud a futuro). Si la persona anticipa que esto puede ocurrir en la fiesta, tomará precauciones, “reglas personales”, para poder mantenerse firme en su primera decisión racional, que maximiza su nivel de bienestar total. En el ejemplo, la persona puede llamar a un amigo en la tarde y pedirle que no lo deje tomar en la noche, aunque se lo pida.

Esta aproximación tiene el mérito de ofrecer explicación al hecho observable de las recaídas: los dependientes que deciden dejar las drogas muchas veces vuelven a consumirlas.

Lowenstein, por su parte, postula que existe una decisión antes de consumir alguna droga, pero que ésta está fuertemente influenciada por “impulsos viscerales”, similares al hambre o la sed. Éstos se expresan en el observable fenómeno del “craving”, deseo incontenible por conseguir la droga. Los impulsos viscerales afectan las decisiones (abstenerse o consumir) y pueden ser interpretados como un tipo de revisión de preferencias; en presencia del impulso visceral, la persona prefiere consumir a abstenerse, aunque anteriormente haya preferido lo segundo.

Este modelo explica bien ciertos fenómenos observados en drogodependientes. Además del deseo incontenible de conseguir la sustancia (“craving”), ofrece una explicación teórica para las recaídas y el remordimiento asociado a ellas: aunque la persona había decidido no consumir, en determinada ocasión los impulsos viscerales lo llevan a usar la droga, pero después la persona siente remordimientos porque, verdaderamente, no quería ceder a la tentación. Por último, logra explicar bien el patrón de consumo de algunas drogas, caracterizado por episodios alternados de alto consumo y abstinencia.

## VI. DROGA Y DELINCUENCIA

Existe una clara relación empírica y conceptual entre el abuso de drogas y la actividad delictiva, aunque la claridad se disipa en el momento de establecer la naturaleza del vínculo, la dirección de la causalidad y la incidencia de otros elementos sobre ambos fenómenos.

La evidencia para Chile da cuenta de esta relación: (i) las estadísticas de Gendarmería señalan que del total de condenados recluidos, 26% lo está por delitos directamente relacionados con drogas o alcohol<sup>25</sup>; (ii) un estudio sobre jóvenes entre 14 y 18 años que habían cometido un delito indicó que el 70% consumía habitualmente drogas y que la mitad de ellos lo hacía antes de los 14 años de edad<sup>26</sup>; (iii) una encuesta realizada a condenados reclusos mostró que en sus barrios de origen frecuentemente veían jóvenes consumiendo alcohol o drogas en la vía pública, y personas vendiendo drogas<sup>27</sup>.

Los datos para otros países también confirman una relación entre drogas y delincuencia: (i) en los países europeos, entre el 20% y el 40% de las personas encarceladas lo está por algún tipo de delito relacionado con la droga<sup>28</sup>; (ii) en Estados Unidos un 31% estimado del total de arrestados en 1999 corresponde a delitos relacionados con alcohol o drogas; más del 80% de los recluidos en ese país había usado drogas previamente a la comisión del delito, y más del 60% lo había hecho en forma periódica; al menos el 50% de los hombres adultos arrestados tuvo un resultado positivo en el test de drogas, según un estudio del Instituto Nacional de Justicia de ese país<sup>29</sup>.

Esta conexión entre droga y delincuencia —evidenciada en las estadísticas presentadas— se constituye a partir de múltiples relaciones en ambas direcciones entre los distintos tipos de sustancias abusivas y las diversas categorías de delito. Así, el consumo de ciertas sustancias puede provocar un comportamiento delictivo, pero también el hecho de ser delincuente puede hacer que una persona experimente con drogas y se haga adicta.

<sup>25</sup> Detalle y fuente en Anexo .

<sup>26</sup> Fuente: Servicio Nacional de Menores SENAME (1996)

<sup>27</sup> Detalle y fuente en Anexo .

<sup>28</sup> Citado en Cohen, Peter (2000).

<sup>29</sup> Todos los datos para Estados Unidos aparecen citados en: Office of National Drug Control Policy (2000).

Un caso en el que la causalidad va desde el consumo de drogas hacia la comisión de delitos es el siguiente: una persona consume alcohol en exceso, por lo que comienza a comportarse de manera violenta, se involucra en una pelea y causa lesiones a un tercero. Un caso en que el vínculo se da en la dirección contraria: los jóvenes que cometen infracciones frecuentemente forman parte de una subcultura en la que el infringir las normas es práctica común y las drogas son fácilmente accesibles; una persona que se involucra en este ambiente para cometer delitos puede terminar, además, consumiendo drogas.

Pero la relación entre estos dos fenómenos no está circunscrita sólo a ellos; existen otros elementos que pueden ser factores de riesgo, tanto para desarrollar una drogodependencia como para propiciar una carrera delictiva, siendo, entonces, causas de ambos. Entre ellos se han señalado la pobreza, la marginación y los problemas familiares.

Con todo, en este capítulo se analiza el vínculo droga y delincuencia sólo en relación con las formas en que el abuso de ellas puede propiciar la comisión de delitos, de manera de abordar uno de los principales daños sociales que impone el abuso de drogas. No se abordan, por tanto, las maneras en que la causalidad se da en la dirección contraria, ni los fenómenos que serían causa de ambos.

A continuación se exponen las principales formas en que el consumo y abuso de drogas puede desencadenar la comisión de delitos.

## **1. Delinquir bajo los efectos de la droga**

Se refiere a los delitos que son cometidos por personas que están bajo los efectos de alguna sustancia abusiva en el momento de perpetrar el ilícito.

Las estadísticas señalan que existe una proporción importante de crímenes violentos que son cometidos por personas que han bebido alcohol. De hecho, un estudio reciente para Chile demostró que más homicidios se cometen bajo la influencia del alcohol que bajo la de todas las drogas ilegales en su conjunto; los datos indicaron que el 67% de las personas que cometió este delito en una pelea consumió previamente alcohol, mientras que sólo 20% usó alguna droga ilegal<sup>30</sup>.

Que el alcohol, una sustancia legal y de relativo bajo precio, esté implicado en tan alta proporción de homicidios, sugiere que el abuso de ciertas sustancias en sí mismo (más allá de las motivaciones de conseguir dinero o consideraciones derivadas de la ilegalidad) puede ser la causa de la comisión de algunos delitos, especialmente los que involucran un elevado nivel de violencia.

<sup>30</sup> Fundación Paz Ciudadana, "Caracterización del Homicidio en Chile", Santiago, 1999.

Lo anterior se explicaría por la capacidad de ciertas sustancias de inducir un comportamiento violento, de debilitar el autocontrol y de orientar más al presente, en detrimento de las consideraciones de largo plazo respecto de las propias acciones.

Mucha investigación se ha hecho para determinar qué sustancias estarían implicadas en una relación entre delincuencia y droga de esta clase. Existe suficiente evidencia empírica respecto del alcohol, aunque no de otras sustancias. Se ha señalado que el uso de drogas como la heroína y la marihuana más bien induce un comportamiento pacífico, por lo que no sería válida esta argumentación para ellas. Aun así, el síndrome de privación de los opiáceos, como la heroína, puede incluir períodos violentos cortos.

Por otra parte, se ha argumentado que el uso crónico y prolongado de algunas drogas puede propiciar la actividad delictiva, como consecuencia de los problemas sociales que la adicción trae aparejados. A un dependiente se le hace difícil mantenerse en el colegio, conseguir y conservar un trabajo, y sostener una buena relación con familiares y amigos. Se ha señalado que esto podría favorecer la comisión de delitos, para obtener dinero, como consecuencia del contacto con otras personas marginadas o como forma de escapar de la frustración y angustia que la situación genera.

## 2. Delinquir para conseguir la droga

Se refiere a los delitos que se cometen con el objeto de procurarse la droga, como el microtráfico, los robos o la prostitución.

Tres elementos forman el cuadro explicativo de este fenómeno. Primero, la dependencia que trae aparejada un fuerte deseo por consumir la droga. Segundo, el elevado precio de algunas sustancias, que implica que un consumidor crónico deba contar con bastante dinero para procurársela. Tercero, las escasas posibilidades de un adicto de conseguir y mantener un trabajo estable y bien remunerado, sea porque abandonó tempranamente la educación, por los daños físicos provocados por el uso prolongado, o por frecuentes ausentismos, entre otros.

En este contexto, la comisión de delitos contra la propiedad, el ejercicio de la prostitución o cualquier otro ilícito que permita conseguir dinero se constituyen en opciones para financiar el consumo de droga<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Tomando datos del OS-7 de Carabineros de Chile y de la CASEN, un reporte de la Fundación Paz Ciudadana ("Droga y delincuencia, 2000") concluye que el gasto mensual de un adicto a pasta base supera el ingreso disponible de los tres quintiles más pobres de la población, en tanto que el de un adicto a cocaína supera el ingreso disponible promedio de todos los quintiles

### **3. Delitos relacionados con la ilegalidad del mercado de la droga**

En cualquier mercado pueden surgir conflictos entre las partes. Puede ocurrir que la calidad del producto transado no sea la esperada, que el pago no llegue cuando se acordó o que un empleado no cumpla con el trabajo para el cual se le contrató. Cuando la actividad es legal, existen contratos legalmente válidos, normas que establecen las obligaciones y derechos de las partes, y entidades fiscalizadoras que favorecerán la resolución simple del conflicto.

No ocurre lo mismo cuando el mercado es ilegal. Frente a los mismos conflictos, las partes no cuentan con mecanismos legales para su resolución, por lo que deben hacerlo por otros medios, lo que generalmente involucra comportamientos ilegales y violentos. Esto explica la violencia observada entre los traficantes de drogas ilegales. El ajuste de cuentas, la delación o la intromisión de una banda en el territorio de otra, muchas veces se resuelven con armas. Un caso ilustrativo fue lo ocurrido durante la prohibición del alcohol en Estados Unidos, entre 1920 y 1933. Siendo el comercio de alcohol ilegal, se incrementaron los actos de violencia entre traficantes, lo que cesó luego del levantamiento de la prohibición. Hoy, los comerciantes de alcohol no se diferencian de los de otros productos legales en cuanto a la forma en que hacen negocios y resuelven conflictos.

No es posible determinar qué fracción de la violencia observada entre traficantes es atribuible al comercio de drogas en sí mismo, y qué parte, en oposición, se asocia a la propensión a ella de los individuos participantes y otros factores políticos, sociales y culturales de las comunidades en que ello ocurre. Es razonable pensar que existe una selección, tanto de los que entran a este mercado como de quienes se mantienen en él, de personas con habilidades para desenvolverse al margen de la legalidad, lo que incluye una propensión a defenderse y hacerse valer mediante la violencia. De ser así, son las características personales de las personas participantes las que explicarían parte de la violencia exhibida.

### **4. Consumo y tráfico de droga como delito**

En el contexto de ilegalidad que opera en la mayoría de los países para las sustancias abusivas (excluidas el alcohol y el tabaco), el nexo entre droga y delincuencia es patente: el hecho de portar, vender o consumir la sustancia es delito en sí.

El trato que se da a estas figuras varía en cuanto a los hechos específicos que se consideran delitos, los tipos de pena que se aplican a cada caso y el grado de compromiso de la autoridad pertinente para hacer cumplir la ley. En Chile, por ejemplo, es delito fabricar y vender drogas como marihuana, cocaína y pasta base. La pena es independiente de

qué sustancia sea (otros países hacen diferencia según el nivel de daño que provocan) y la cantidad en cuestión. La pena que les asigna el Código Penal es la privación de libertad entre 5 años 1 día y 15 años, más una multa por un mínimo cercano al millón de pesos. El consumo, por su parte, es considerado una falta y se castiga con una pequeña multa, suspensión temporal de la licencia de conducir o tratamiento obligatorio. El porte de droga debe ser definido según si es para comercializar o para uso propio y, según eso, recibe una de las penas señaladas más arriba.

Las definiciones legales, además de establecer qué figuras son delito, establecen las penas a aplicar lo que, a su vez, también repercute en el nivel de delincuencia futuro. La sanción de tratamiento obligatorio puede, si es efectiva, lograr la abstinencia de la persona, terminando así con los delitos asociados. El uso de la cárcel, por el contrario, puede propiciar la comisión posterior de otros ilícitos, por el contagio criminológico<sup>32</sup> que se asocia a ellas.

Por otra parte, los recursos destinados a la persecución de esta clase de infracciones tienen un costo alternativo evidente en la persecución del resto de los delitos. Así, dada una restricción presupuestaria para el sistema judicial y penal, a mayor focalización en infracciones de drogas, menor orientación a los otros tipos (contra las personas, contra la propiedad, etc.), lo que propicia un aumento de ellos. En la práctica, sin embargo, esta distinción se diluye si las personas que cometen ambos tipos de infracciones coinciden.

Por último, si bien el uso de drogas legales tales como el tabaco y el alcohol no está prohibido, sí existe una serie de limitaciones a su uso, cuya infracción implica la comisión de un delito. En el caso del alcohol, está penado el manejo en estado de ebriedad, el consumo en la vía pública y otros. En el caso del tabaco, no está permitida su venta a menores de edad. En ambos casos, la relación entre droga y delito es evidente en el sentido de que el consumo de ellas es parte de la infracción en cuestión.

<sup>32</sup> Por contagio criminológico se entiende el intercambio de experiencias y técnicas para delinquir entre personas con distinto compromiso delictivo que ocurre dentro de las cárceles. Esto es particularmente grave cuando no existe segregación según la gravedad del delito cometido.



## VII. BIBLIOGRAFÍA

### Capítulo II:

1. American Council for Drug Education (ACDE), "Basic Facts About Drugs: Cocaine" en <[www.acde.org/common/Cocaine/htm](http://www.acde.org/common/Cocaine/htm)> (revisado en diciembre 2001).
2. American Council for Drug Education (ACDE), "Basic Facts About Drugs: Tobacco" en <[www.acde.org/common/Tobacco/htm](http://www.acde.org/common/Tobacco/htm)> (revisado en diciembre 2001).
3. American Council for Drug Education (ACDE), "Basic Facts About Drugs: Alcohol" en <[www.acde.org/common/Alcohol/htm](http://www.acde.org/common/Alcohol/htm)> (revisado en diciembre 2001).
4. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), "Drogas estimulantes del sistema nervioso central", "Drogas depresoras del sistema nervioso central", "Drogas inhalantes", "Drogas alucinógenas" y "Consecuencias negativas de uso de drogas" en <[www.conace.cl](http://www.conace.cl)> (revisado en diciembre 2001).
5. Drugscope, "Tobacco", "Alcohol", "Amphetamines", "Solvents", "LSD", "Heroin (and other Opiates)" y "Ecstasy". En <[www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk)>. (revisado en diciembre 2001).
6. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, "Marihuana", *apuntes*, Santiago, 2001.
7. Florenzano Ramón, Pérez Verónica y Carrasco Eduardo, "Alcoholismo y Farmacodependencias juveniles en Chile", Corporación de Promoción Universitaria (CPU), Santiago, 1999.
8. Lilley, Peter, "Common Sense on Cannabis: the Conservative Case for Change, The Social Market Foundation, julio de 2001. En [www.lindsmith.org/library/](http://www.lindsmith.org/library/).
9. National Drug Monitor (NDM), "Cannabis Policy", *Fact sheet*, update 2000, Países Bajos, 2000. En [www.trimbos.cl](http://www.trimbos.cl)
10. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Brain Scans Open Window to View Cocaine's Effects on the Brain", *Nida Notes: Research Advances*, volumen 13, nº2, Julio 1998.
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Cocaine Abuse May Lead to Strokes and Mental Deficits", *Nida Notes: News*, volumen 13, nº3, julio 1998.
12. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Cocaine: Abuse and Addiction", *Research Report Series*, NIH Publication No. 99-4342, mayo 1999.
13. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Cocaine's Pleasurable Effects May Involve Multiple Chemical Sites", *Nida Notes: Tearoff*, volumen 14, nº4, noviembre 1999.

14. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Crack and Cocaine", *Infifax* 13546.
15. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Even Modest Cocaine Use May Cause Brain Changes that could Contribute to Addiction", *Nida Notes: Research Findings*, volumen 16, n°3, Agosto 2001.
16. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Facts about MDMA (Ecstasy)", *Nida Notes: Research Findings*, volumen 14, n°2, Agosto 1999.
17. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Hallucinogens and Dissociative Drugs", *Research Report Series*, NIH Publication No. 01-4209, marzo 2001.
18. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Heroin: Abuse and Addiction", *Research Report Series*, NIH Publication No. 00-4165, octubre 1997, reimpresa en septiembre de 2000.
19. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Inhalant Abuse", *Research Report Series*, NIH Publication No. 00-3818, impreso en 1994, reimpresso en 1996, 1999, revisado en Julio de 2000.
20. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "LSD", *Infifax* 13550.
21. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Marijuana", *Infifax* 13551.
22. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "MDMA (Ecstasy)", *Infifax* 13547.
23. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Methamphetamine: Abuse and Addiction", *Research Report Series*, NIH Publication No. 98-4210, abril 1998.
24. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "National Conference on Marijuana Use: prevention, treatment and research", 1996. En <www.nida.nih.gov>.
25. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Nicotine Addiction", *Research Report Series*, NIH Publication No. 01-4342, 1998.
26. Zickler, Patrick, "Evidece Accumulates that Long-term Marijuana Users Experience Withdrawal", *Nida Notes*, Marijuana Research, Volumen 15, Número 1, marzo 2000.
27. Zimmer Lynn, Morgan, John P., "Marihuana Myths, Marihuana Facts: a Review of the Scientific Evidence", Lindesmith Center, New York, 1997.

### Capítulo III

1. Washton Arnold M., "La adicción a la cocaína; tratamiento, recuperación y prevención", ediciones Paidós, primera edición, España, 1995.
2. Ministerio de Educación, "El proceso drogadiccional", *Drogas y sus efectos*. [www.mineduc.cl/prevención/efectos/](http://www.mineduc.cl/prevención/efectos/) (revisado en febrero 2002).

### Capítulo IV

1. Belsasso Guido, Estañol Bruno y Juárez Humberto, "Los sistemas de recompensa en el cerebro", *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, número especial 1994-2001, pg. 22 – 24.
2. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, "Marihuana", *apuntes*, Santiago, 2001.
3. Florenzano Ramón, Pérez Verónica y Carrasco Eduardo, "Alcoholismo y Farmacodependencias juveniles en Chile", Corporación de Promoción Universitaria (CPU), 1999.
4. Gardner Elliot L., "The Neurobiology and Genetics of Addiction: Implications of the Reward Deficiency Syndrome for Therapeutic Strategies in Chemical Dependency", capítulo 3, *Addiction Entries and Exits*, Russel Sage Foundation, Nueva York, 1999.

5. Gardner Elliot L. y James David, "The neurobiology of Chemical Addiction", *Getting Hooked, Rationality and Addiction*, Cambridge University Press, Inglaterra, 1999.
6. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "The Brain and the Actions of Cocaine, Opiates and Marijuana", *Slide teaching packet I, for Health Practitioners, Teachers and Neuroscientists*. En [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov). (revisado en enero 2002)
7. Schilkрут, Raúl, "Hacia una política pública de drogas: una contribución desde la perspectiva clínica", *Perspectivas en política, economía y gestión* 3, N°1: 111- 139, 1999.

## Capítulo V

1. Agnew, Robert; "Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency", capítulo 18, *Exploring Delinquency: Causes and Control*, compilado por Rojek Dean G y Jensen Gary F, Roxbury Publishing Company, Estados Unidos, 1996.
2. Akers, Ronald L. et al; "Social Learning and Deviant Behavior: a Specific Test of a General Theory", capítulo 15, *Exploring Delinquency: Causes and Control*, compilado por Rojek Dean G y Jensen Gary F, Roxbury Publishing Company, Estados Unidos, 1996.
3. Becker, Gary, "Habbits, Addictions and Traditions" , KIKLOS, volumen 45, facsímil 3, 1992, pg. 327-346.
4. Becker, Gary, y Murphy, Kevin. "A Theory of Rational Addiction", *Journal of Political Economy*, 96: 675"- 700, 1988.
5. Becker, Gary, Grossman, Michael y Murphy, Kevin; "Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption", *American Economic Review*, volumen 81 N°2, mayo 1991, páginas 237-241.
6. Beneit Juan Vicente, García Carmen y Mayor Luis Iván (editores), "Aspectos psicológicos del drogodependiente", capítulo 5, *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*, Editorial Síntesis, Madrid.
7. Bozarth, Michael A.; "Drug Addiction as a Psychobiological Process", *Addiction Controversies* de D.M. Warburton (editor), Harwood Academic Publishers, Londres.
8. Chaloupka, Frank; "Rational Addictive Behavior and Cigarettes Smoking", *Journal of Political Economy*, Volumen 99, N°4, 1991, páginas 722-742.
9. Esbensen, Finn-Aage y Huizinga, David; "Gangs, Drugs, and Delinquency in a Survey of Urban Youth", capítulo 24, *Exploring Delinquency: Causes and Control*, compilado por Rojek Dean G y Jensen Gary F, Roxbury Publishing Company, Estados Unidos, 1996.
10. Graña Gómez, José Luis y García Álvarez, Ángel; "Teorías explicativas de las drogodependencias", capítulo 2 de *Conductas Adictivas: teoría, evaluación y tratamiento* , Graña Gómez, José Luis (editor), editorial Debate, Madrid, 1998.
11. Johnson, Brian, "Tres puntos de vista sobre la adicción", *revista del psicoanálisis*, N°6, noviembre 2000. Publicado originalmente en *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, volumen 47, N°3, pg. 791-815, copyright del JAPA 1999. Traducido y publicado con autorización de The American Psychoanalytic Association.
12. Olievenstein Claude, "La toxicomanía", Editorial Fundamentos, España, primera edición 1975, segunda edición 1985.
13. Roberts Steven V., "Peer Pressure Causes Teenagers to Smoke", capítulo 1, *Teen Addiction: current controversies* editado por Paul A. Winters, Estados Unidos, 1997.
14. Stanton M. D., Todd T. Y cols., "Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas", editorial Gedisa, cuarta edición, Barcelona, octubre 1999.

15. Viveros Cerda, Licer; "Sociología y drogadicción: nuevos aportes teóricos", *Revista de psiquiatría*, año X, volumen 4, octubre-diciembre 1993.
16. Waal Helge y Morland Jorg, "Addiction as Impeded Rationality", capítulo 4, *Addiction Entries and Exits*, Russel Sage Foundation, Russel Sage Foundation, New York, 1999.
17. Warr, E. Mark, "Age, Peers and delinquency", capítulo 16, *Exploring Delinquency: Causes and Control*", compilado por Rojek Dean G y Jensen Gary F, Roxbury Publishing Company, Estados Unidos, 1996.
18. Washton Arnold M., "La adicción a la cocaína; tratamiento, recuperación y prevención", ediciones Paidós, primera edición, España, 1995.

## Capítulo VI

1. Boyum David y Kleiman Mark, "Alcohol and Other Drugs", capítulo 13, *Crime* editado por James Wilson, Estados Unidos, 1995.
2. Cohen, Peter, "Tackling Drug Related Crime. What can we learn from our partners in Europe?". Keynotes address at the Conference *Partners in Crime 2000*, Junio, CEDRO, 2000.
3. Consejo nacional para el control de estupefacientes (CONACE), "Las drogas y la criminalidad: conexión innegable en EE.UU", extraído de la revista CONACE N°36, noviembre 1999.
4. Drugscope, "How Much Crime is Drug Related?", en [www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk). (revisado en enero de 2002).
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), "2000 Annual Report of the State of the Drug Problem in the European Union", Luxemburgo: oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas, 2000.
6. Fundación Paz Ciudadana, "Caracterización del homicidio en Chile", Santiago, 1999.
7. Fundación Paz Ciudadana, "Drogas y Delincuencia", *apuntes*, 2000.
8. Gendarmería de Chile, "Compendio estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile, año 2000", Santiago, 2001.
9. National Institute on Drug Abuse (NIDA), "The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992". En [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov) (revisado en enero 2002)
10. Office of National Drug Control Policy (ONDCP), "2001 Annual Report", *National Drug Control Strategy*, Estados Unidos, 2000.
11. Office of National Drug Control Policy (ONDCP), "Drug-Related Crime", *fact sheet*, Estados Unidos, marzo 2000.
12. Pernanen Kai y Brochu Serge, "Attributable Fractions for Alcohol and Other Drugs in Relation to Crime in Canada, Literature Search and Outlines of Data Bank", 1997. En [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca).
13. Servicio Nacional de Menores (SENAME), "Perfil del joven infractor de ley penal de alto compromiso delictual", *Serie de estudios*, Departamento de asistencia técnica, Santiago, 1996.
14. Wilson James y Herrnstein Richard, "Alcohol and Heroin" capítulo 14, *Crime and Human Nature: the Definitive Study of the Causes of Crime*, First Touchstone Edition, Nueva York, 1986.
15. Zimmer Lynn y Morgan John, "Marijuana Miths and Marihuana Facts: a Review of the Scientific Evidence", Lindersmith Center, Nueva York, 1997.

## VIII. ANEXO:

### Estadísticas chilenas sobre la relación entre droga y delincuencia

**1. Porcentaje de la población condenada recluida que lo está por la comisión de delitos directamente relacionados con alcohol y drogas. (La base de cálculo son las personas por lo que se consigna el principal delito cometido).**

	Nº personas	%
<b>Total condenados recluidos</b>	<b>17.017</b>	<b>100%</b>
<b>Total condenados recluidos por delitos de alcohol y drogas</b>	<b>4.500</b>	<b>26%</b>
Ley alcoholes	12	0%
Manejo en estado de ebriedad	1.239	7%
Manejo en estado de ebriedad con lesiones	73	0%
Manejo en estado de ebriedad con muerte	27	0%
Manejo en estado de ebriedad con daños	94	1%
Tráfico de estupefacientes	3.055	18%

Fuente: Compendio estadístico de la población atendida por Gendarmería de Chile, 2000

**2. Resultado encuesta a condenados reclusos**

**“En el barrio o población donde vivió principalmente (hasta los 18 años o antes de estar preso), ¿cada cuánto tiempo le tocó ver las siguientes situaciones?”**

	Siempre/ frecuentemente	De vez en cuando/ casi nunca	Nunca
Jóvenes tomando alcohol en la vía pública	81%	12%	7%
Jóvenes tomando drogas en la vía pública	73%	12%	15%
Personas vendiendo drogas	64%	12%	24%

Fuente: Fundación Paz Ciudadana y Adimark, “Encuesta de reclusos”, Santiago, octubre 1997.