



CENTRO DE  
**POLÍTICAS  
PÚBLICAS UC**

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

# Política de drogas: en búsqueda de un equilibrio

**EDUARDO VALENZUELA**  
Instituto de Sociología



# Política de drogas: en búsqueda de un equilibrio

EDUARDO VALENZUELA<sup>1</sup>  
Instituto de Sociología

El debate sobre políticas públicas en drogas incluye una aguda controversia sobre los fundamentos de la prohibición que pesa actualmente sobre un conjunto amplio de sustancias psico-activas. Los regímenes de prohibición pueden variar en su alcance, pero en todas partes el consumo está severamente restringido y la producción y venta se considera un delito. Algunas de las consecuencias de esta política han sido motivo de dudas, en particular el aumento de la criminalidad y de los costos de la persecución penal que alcanza muchas veces desproporcionadamente a los mismos consumidores. También la prohibición no ha podido responder en muchas partes a su principal objetivo, reducir el consumo de drogas en forma significativa. Existen dudas respecto del potencial disuasivo de las leyes que prohíben el consumo y muchos creen que la disponibilidad de drogas se podría limitar mejor en un mercado legal susceptible de regulaciones eficaces.

A pesar de estas críticas, la prohibición se mantiene prácticamente incólume en todas partes y ninguna estrategia de legalización ha sido considerada seriamente desde que Holanda permitió la venta controlada de marihuana en los años setenta. La discusión programática en materia de drogas versa sobre los regímenes de prohibición y las alternativas o acentos en las políticas de contención, gran parte de los cuales tienen que ver con los ciclos epidemiológicos en que se encuentran los diversos países.

Las políticas de prohibición se desplazan crecientemente hacia la descriminalización (o despenalización) del consumo de drogas, con sanciones moderadas y penalmente irrelevantes para quienes consumen drogas, mientras se mantiene una persecución activa a la producción y distribución de drogas en cualquiera de sus formas. Esta misma tendencia apunta a una medicalización creciente del abuso de drogas que se considera cada vez más como una enfermedad crónica que requiere de asistencia profesional y soporte público. También existe mayor interés hoy día por las consecuencias del abuso de drogas y se han elaborado programas exitosos de reducción de daño, acotados sin embargo, a condiciones y circunstancias muy particulares. Muchas de estas tendencias de la política de drogas están todavía bajo observación y estudio, no siempre arrojan evidencia favorable ni tienen un sustento normativo totalmente compartido, pero constituyen el horizonte actual de las políticas de drogas en la mayor parte de los países (Levinthal, 2003).

## Los fundamentos de la prohibición

La prohibición tiene un amplio respaldo de la opinión pública en casi todas partes del mundo. Las series *Gallup* para Estados Unidos han informado periódicamente el respaldo a la legalización de la marihuana que sólo se ha incrementado en la última década hasta 44%, des-

<sup>1</sup> Director y Académico del Instituto de Sociología UC, Investigador Principal del Núcleo Milenio de Investigación Socio-Económica en Uso y Abuso de Drogas.

Una versión preliminar de este artículo fue presentada en una mesa de discusión en mayo de 2010. Se agradecen los comentarios de Javiera Blanco y Catalina Mertz.

pués de permanecer durante muchos años en torno a un modesto 25% (www.gallup.com). En el caso de los países europeos, los datos de Eurobarómetro entregan una cifra promedio de 25% en favor de legalizar el uso personal de marihuana, con cumbres de 49% en Holanda (donde la venta restringida de marihuana está autorizada), 40% en España y 32% en Gran Bretaña, pero solamente 27% en Portugal (que ha impulsado una política muy decidida de descriminalización) y menos del 10% en algunos países escandinavos como Suecia y Finlandia (Eurobarómetro, 2007).

En su conjunto, los países europeos se muestran más reticentes frente a la legalización que Estados Unidos, que es el país que tiene la reputación más severa en materia de legislación de drogas. En Chile la proporción que se inclina a favor de la legalización de la marihuana ha fluctuado en torno al 25% según los datos de las encuestas nacionales en población general (12-64 años, 2006-2008), mientras que en población escolar (desde octavo básico hasta cuarto medio) ha progresado desde 27% en 2003 hasta 32%, su punto máximo alcanzado en las encuestas de 2007 y 2009. La cifra de población escolar es similar a la que se obtiene en jóvenes en población general: solamente un tercio de quienes tienen entre 19 y 25 años se muestra favorable a la legalización de la marihuana (CONACE, 2008).

Existen dos razones principales que predisponen en contra de liberalizar el consumo de drogas ilícitas. Se dispone, desde luego, de una amplia evidencia acerca del daño bio-médico asociado al uso de drogas como marihuana, cocaína o heroína. El uso crónico y prolongado de marihuana produce impedimentos de memoria y atención que están cada vez mejor documentados, exacerba los síntomas de esquizofrenia, y contiene muchos de los riesgos pulmonares y cardio-respiratorios del tabaco. También aumenta el riesgo de tener niños de bajo peso al nacer en el caso de madres embarazadas. Los riesgos de accidentabilidad son todavía materia de discusión y no están tan bien probados como en el caso del alcohol. A diferencia también del alcohol, la marihuana no está asociada con conductas agresivas, violencia o suicidio y no registra ninguna muerte por sobredosis.

Existe amplia evidencia, sin embargo, de que la marihuana produce dependencia, a igual título que las demás drogas, caracterizada por la inhabilidad de abstenerse y controlar su consumo (Hall & Pacula, 2003), aunque los riesgos de dependencia conocidos son del 10% entre

quienes han probado alguna vez, mientras que para alcohol son 15% y para tabaco se elevan por encima de 30% (cifras norteamericanas de Anthony *et al.*, 1994 citados por Hall & Pacula, 2003).

Una preocupación especial respecto de la marihuana es el aumento progresivo de su potencia que en los años sesenta norteamericanos fluctuaba entre 0,5% y 1% de THC (*tetrahidrocannabinol*, el principal componente psico-activo de la marihuana), pero en los años noventa estuvo oscilando por encima de 4% de THC y en la última década ha escalado hasta cerca del 10% (Office of National Drug Control Policy, 2008) lo que predice que muchas de las estimaciones de sus efectos adversos pueden aumentar. También el 'efecto de puerta de entrada' de la marihuana ha sido motivo de mucha atención: los estudios muestran una secuencia bien precisa que comienza con alcohol (y en ocasiones tabaco), sigue con marihuana y termina en cocaína y heroína. No todos progresan en esta secuencia, pero el consumo de marihuana aumenta la probabilidad de iniciarse en drogas más peligrosas (Kandel, 2002). Los daños de la cocaína y sobre todo de la heroína son muchísimo más patentes: ambas sustancias producen dependencia, incluyendo un síndrome agudo de privación ('*craving*', no se piensa en otra cosa que en consumir) similar, sin embargo, al que produce la abstinencia de alcohol, mientras que los trastornos cardiovasculares, respiratorios y alimentarios son bien conocidos. La heroína preocupa de manera especial por las muertes por sobredosis y las infecciones como VIH/SIDA y hepatitis que resultan del uso de jeringas contaminadas (algo que concierne menos a la cocaína que más bien se inhala o se fuma).

Los riesgos bio-médicos son solamente un aspecto del temor a las drogas. Mucho más importantes en el caso de drogas como marihuana, cocaína/pasta base y heroína son los riesgos sociales asociados con su consumo. En contraste con el tabaco, y en cierta medida con el alcohol, el uso de marihuana —y con mayor razón de cocaína/heroína— se produce en contextos de riesgo social, vinculados en particular con fracaso académico, desorganización de las relaciones familiares, y compromiso con conductas desviadas. El uso regular de marihuana incrementa el riesgo de fracaso escolar, y en particular el consumo precoz es un predictor significativo de abandono y trayectorias académicas frustradas, algo que constituye tal vez la principal preocupación parental respecto del uso adolescente de marihuana. También se han encontrado asociaciones poderosas entre uso de drogas e iniciación sexual temprana y embarazo adoles-

cente (Rosenbaum & Kandel, 1990). Muchos estudios longitudinales han encontrado efectos específicos del uso de drogas en esta clase de comportamiento, que al menos incrementan riesgos preexistentes, y en algunos casos derechamente los provocan (Loeber *et al.*, 1998). La conexión entre drogas y dificultades en las relaciones interpersonales es también muy estrecha, al menos para abandono temprano de la familia de origen, riesgo de divorcio, embarazo no deseado y aborto (Kandel *et al.*, 1986). Entre adultos, el uso regular de drogas está vinculado con fracaso laboral, desempleo e irresponsabilidad parental. Una relación especialmente temida es la que existe entre drogas y delito: una proporción muy amplia de quienes delinquen son asimismo consumidores de drogas, y la comisión de delitos bajo los efectos de alguna droga es muy común, al menos para delitos contra la propiedad (mientras que el alcohol es más probable en delitos violentos).

Más allá de las atribuciones de causalidad que constituye una parte importante de la investigación actual en esta materia, el uso de drogas aparece situado en contextos de riesgo social especialmente temidos por las personas. Esto no sucede con el tabaco donde los riesgos bio-médicos llevan la delantera y los riesgos sociales prácticamente no aparecen<sup>2</sup>. Ocurre algo menos con el alcohol donde aparecen riesgos específicos vinculados con accidentabilidad y violencia, pero donde los riesgos de fracaso académico y laboral son menos acuciantes. El consumo de marihuana suele ser ocasional y recreativo, especialmente cuando comienza tarde, aunque es muy común encontrar consumo problemático de marihuana, y una parte importante del consumo de cocaína/heroína y drogas similares se produce en el marco de problemas asociados. Una estimación de consumo problemático en población escolar chilena muestra que la mitad del uso adolescente de pasta base/cocaína está asociado con problemas significativos de integración familiar y escolar, cifra que desciende a un tercio en el caso de marihuana y alrededor del 20% en el caso de alcohol y tabaco. Esta gradiente de riesgo social asociado al uso de drogas es característica y se repite por doquier: en la cúspide se encuentra la cocaína (sin contar heroína que es prácticamente inexistente en nuestro país), luego viene marihuana y finalmente alcohol y tabaco en el orden del uso problemático de drogas.

Una segunda razón que atemoriza mucho a la población es el compromiso de menores y jóvenes en el consumo de drogas. Muchos de los daños asociados con el consumo intervienen en el período de formación y desarrollo de las personas, y en una fase que puede comprometer gravemente la maduración de sus capacidades y sus oportunidades de integración social. En el caso chileno, la participación de los menores en el consumo de marihuana alcanza al 23%, lo que significa que casi uno de cada cuatro consumidores recientes de marihuana es un menor de edad (12 a 18 años). Si se incluye la participación de jóvenes, la cifra alcanza al 65%, aproximadamente dos de cada tres consumidores de marihuana tiene 25 años o menos. En el caso de pasta base estas proporciones bajan a 51% y en el de cocaína a 50%: en ambos casos alrededor de la mitad del consumo está radicado en población joven. Por contrapartida, apenas un tercio del consumo de alcohol y tabaco captura al grupo de edad joven (CONACE, 2008).

La desaprobación del uso de drogas ha sido una constante cultural que ha afectado numerosas sustancias incluyendo el tabaco, el café, el chocolate y el alcohol. La desaprobación del alcohol alcanzó un máximo cuando se generalizó el uso del licor especialmente entre las clases trabajadoras de la industria y cundió el alcoholismo popular. Los umbrales de tolerancia del tabaco se han ido restringiendo cada vez más, sobre todo cuando se convierte en droga de abuso a través del paquete de cigarrillos. La desaprobación de la marihuana, cocaína y heroína ha seguido también una trayectoria similar cuando, al igual que el vino que se convirtió en licor fuerte en la segunda mitad del siglo XIX, la hoja de coca se transformó en cocaína y el opio en heroína, con una eficacia pisco-activa completamente nueva y peligrosa. La desaprobación se hace todavía más intensa en la medida que el consumo se radica solamente en jóvenes y, cada vez más en menores de edad. Pero muchas de las drogas actualmente ilícitas (marihuana, cocaína, heroína) han carecido del prestigio y valor social que tuvieron las drogas de la primera modernidad. Las drogas burguesas del siglo XVII y XVIII (café, chocolate y tabaco) estuvieron íntimamente asociadas a bienes públicamente apreciados: de un modo especial el café, que encajó perfectamente con el *ethos* del trabajo metódico y sistemático del mundo protestante, en la medida que

<sup>2</sup> La rotulación del problema de drogas como un 'problema de salud pública' restringe la discusión a los riesgos bio-médicos y permite equiparar las distintas sustancias e, incluso transformar al tabaco y alcohol en las drogas de mayor atención pública. Pero esta rotulación no toma en cuenta los riesgos sociales que se distribuyen de manera diferente a los riesgos bio-médicos y que son igualmente parentorios para la sociedad y las personas.

permitía mantenerse alerta, activo y despierto toda la jornada. También el tabaco estuvo asociado con el racionalismo burgués del siglo XVIII y fue bien apreciado por su capacidad de reducir la ansiedad corporal y favorecer la concentración mental, un valor muy vinculado con el auge del texto escrito y con la habilidad de leer y escribir que se generaliza en esa época. El chocolate, a su vez, fue la bebida cortesana por excelencia, expresión de la exquisitez, refinamiento y la elegancia del gusto de la clase alta, duramente rechazada por el ascetismo burgués que prefería, en cambio, el amargor del café (Schivelbusch, 1993).

Ninguna de las drogas post-burguesas como la marihuana, cocaína o heroína ha alcanzado la valoración social que tuvieron el café, el tabaco y el chocolate, sin contar naturalmente con el alcohol, íntimamente asociado hasta el día de hoy con las bondades de la sociabilidad y la fiesta. La marihuana, (y en cierta medida el opio) lleva desde el comienzo el signo del individualismo moderno. Se dice que Baudelaire formuló su preferencia del *hashish* por sobre el vino dentro de un propósito expresamente asocial, egocéntrico y destructivo (Schivelbusch, 1993). En *Paraísos Artificiales* (1851) escribió una comparación que se cita mucho: “*El vino exalta la voluntad, el hachís la aniquila. El vino sostiene el cuerpo, el hachís es un arma para el suicidio. El vino hace que el hombre sea bueno y sociable. El hachís lo aísla. Uno es laborioso, por decirlo así, el otro en cambio es perezoso. Pues, ¿para qué trabajar, laborar, escribir, fabricar lo que sea, si es posible apoderarse del paraíso de un solo golpe? En suma, el vino es para el pueblo que trabaja y merece beberlo. El hachís pertenece a la clase de los goces solitarios: está hecho para los miserables ociosos. El vino es útil, produce resultados fructíferos. El hachís es inútil y peligroso*”.

La sentencia de Baudelaire fue recuperada por los movimientos contra-culturales de los años sesenta que usaron la marihuana en un sentido similar: como una protesta contra la exaltación moderna de la voluntad que está contenida en el trabajo y la guerra. La marihuana aparece incompatible, sobre todo con las virtudes del trabajo (que Baudelaire atribuye algo impropiamente al vino, que considera una droga burguesa), pero también con los atributos de la sociabilidad festiva, por el efecto de aislamiento que esta vez Baudelaire destaca correc-

tamente, lo que hace diferente a la marihuana del café y del alcohol al mismo tiempo. Por esto mismo la marihuana ha permanecido como una droga de jóvenes, y más exactamente de estudiantes, que pueden eximirse de los hábitos del trabajo, e incluso entre ellos nunca ha podido reemplazar las aptitudes festivas y orgiásticas del alcohol. La marihuana nunca ha logrado insertarse válidamente en el mundo adulto en gran medida por su incompatibilidad con las exigencias del trabajo (algo que siempre ha conseguido la hoja de coca, pero no la cocaína que termina malogrando irremediablemente la vida profesional). Además, la cocaína y heroína se convirtieron casi inmediatamente en drogas de abuso y perdieron toda legitimidad social incluso entre la mayor parte de los jóvenes.

Las drogas burguesas fueron objeto de mucha controversia: desde el comienzo, el café, tabaco y chocolate tuvieron detractores de variada índole, pero respondieron a necesidades socialmente valoradas y en la balanza normativa quedaron del lado correcto. Esto es lo que no suele ocurrir con las drogas actualmente ilícitas: no se trata siempre de que sus peligros sean especialmente sobresalientes, lo que está menos claro es cuáles sean sus bondades y en qué medida engarzan con valores socialmente reconocidos<sup>3</sup>. Por esta razón, la aceptación de las drogas modernas sólo se comprende en el horizonte de las libertades negativas del ultra-liberalismo: el derecho de cada cual a hacer lo que le parezca en la medida en que no perturbe a los demás. La marihuana tiene apenas una justificación positiva en los reclamos por su uso terapéutico (asociados con la capacidad para inhibir los cuadros de náuseas, vómitos, pérdida de apetito y dolor en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia o en pacientes que padecen VIH/SIDA), pero en cocaína y heroína no se encuentra nada parecido. La legalización del uso de drogas es probablemente el caso más radical en la actualidad de la defensa del derecho a usar la libertad incluso negativamente. Esta clase de fundamentación del derecho, sin embargo, es sociológicamente insuficiente, ni siquiera basta con probar que algo no hace demasiado daño, la aceptación social requiere de algo más que un razonamiento negativo, necesita afirmar valores positivos que las drogas ilícitas no han alcanzado a expresar.

3 La pregunta estándar en las encuestas internacionales para conocer la aceptación social de las drogas considera tres alternativas de respuesta: ‘le parece muy mal’, ‘mal’ o ‘ni bien ni mal’ (que alguien haga tal o cual cosa, por ejemplo, que pruebe marihuana o cocaína una o dos veces). Situar el uso de una determinada droga en un marco de neutralidad ética (‘ni bien ni mal’) se considera el máximo de aceptación social que puede alcanzarse en este caso. La alternativa de respuesta ‘le parece bien’ está descartada de antemano. ¿A quién podría parecerle bien que alguien consuma drogas?

## Economía de la prohibición

La demanda de drogas está regulada por dos principios generales: la percepción de riesgo y la dificultad de acceso. La prohibición actúa sobre ambas cosas, aunque de manera diferente. El riesgo asociado al uso de drogas tiene principalmente una determinación bio-médica (los daños que provoca en la salud) y social (los riesgos que representa para la integración y el éxito social). No se sabe con exactitud cuánto agrega la prohibición a la percepción de riesgo, en gran medida porque las políticas de persecución del consumo suelen ser poco severas y efectivas. Existen estudios norteamericanos, sin embargo, que muestran una diferencia significativa entre estados que han descriminalizado el porte y consumo personal de drogas y aquellos que no lo han hecho, con variaciones que oscilan entre 2% a 5% para consumo de marihuana en último año entre escolares y jóvenes (Chaloupka, 1999; Pacula, Chriqui & King, 2003). Con datos de encuestas inglesas, se ha mostrado que la preocupación de quebrantar la ley aparece en alrededor de un tercio de los jóvenes que no han usado marihuana y aumenta con la cocaína, pero se mantiene siempre como una razón más débil que los riesgos médicos y sociales. También se señala que la disuasión legal es más normativa que positiva: el riesgo de ser detenido por la policía es un motivo de poca importancia (Shiner, 2009), lo es mucho más la renuencia simplemente a quebrantar la ley.

En las encuestas chilenas en población escolar, el riesgo frente al alcohol está muy asociado a accidentabilidad y violencia (sobre todo violencia intra-familiar), mientras que la marihuana aparece vinculada con fracaso académico y la cocaína/pasta base con desviación social, incluyendo de manera especial delincuencia. Los riesgos legales aparecen poco mencionados. En el caso chileno asimismo, la percepción de riesgo frente al uso de marihuana y cocaína ha venido cayendo en los últimos años, a pesar de que la legislación se ha vuelto algo más restrictiva y la persecución contra el porte en pequeñas cantidades es más eficaz que antes debido a la tipificación del delito de 'micro-tráfico'. A pesar de esto, es enteramente razonable suponer que una política de legalización tenga consecuencias sobre la percepción de riesgo, aunque en una magnitud y alcance que resulta por ahora desconocida.

La prohibición es más decisiva en la dificultad de acceso a las drogas. El efecto más obvio de la prohibición es elevar los costos de producción, distribución y venta, lo

que produce obstáculos en el suministro y eleva considerablemente los precios. Todo indica que los precios se multiplican enormemente en el mercado negro de drogas. Una estimación de Moore (2001) entrega una razón de 1:70 para heroína (tomando como punto de referencia los precios legales de la morfina y metadona); 1:8 para cocaína (tomando como base el precio legal de la cocaína) y 1:15 para marihuana (tomando como punto de comparación el precio legal de los cigarrillos, una cifra muy similar a la que daría la comparación chilena entre el precio de marihuana, alrededor de \$1.000 por cigarrillo y del tabaco, alrededor de \$75 por unidad). Existen quienes consideran, sin embargo, que este efecto de precio es más bien moderado y está compensado por la capacidad de evadir costos que son exigibles en mercados legales, como impuestos (incluyendo impuestos para sustancias consideradas indeseables 'impuestos pecaminosos'), derechos de aduanas, leyes laborales, costos asociados a regulaciones ambientales, seguros y cosas parecidas (Miron, 2004). También la prohibición afecta la capacidad de hacer publicidad que constituye una fracción significativa del costo de los productos legales (bajo el supuesto de que la publicidad asegura la participación de una firma en el mercado y usualmente no agranda el tamaño de ese mercado). Los efectos netos de la prohibición sobre el consumo son difíciles de medir porque ningún país ha legalizado las drogas. Las estimaciones para la prohibición norteamericana del alcohol en los años veinte y treinta del siglo pasado indican una caída de aproximadamente 20% en las muertes por cirrosis hepáticas, que puede considerarse un buen indicador de consumo (Miron, 2004).

Desde luego, el impacto del precio sobre el uso de drogas depende mucho de la elasticidad de la demanda de las drogas ilegales: las estimaciones conocidas para cigarrillos son de  $-0,4$  y para alcohol de  $-0,7$  (dado un aumento de 1% en el precio), pero en el caso de drogas ilegales de uso más adictivo se presume una sensibilidad menor al precio (MacCoun & Reuter, 2001). Se considera que a medida que el precio sube, los consumidores ocasionales desaparecen y quedan solamente los adictos que son de suyo menos sensibles al precio (lo que ofrece asimismo una buena explicación acerca de las mayores tasas de dependencia que producen drogas más caras como cocaína o heroína). La investigación más actual, sin embargo, ha encontrado una sensibilidad mucho mayor tomando en cuenta que los adictos gastan prácticamente todo su ingreso en drogas. En contraposición con la teoría de la adicción se han encontrado elasticidades

todavía mayores para drogas ilícitas que para alcohol y tabaco puesto que la elasticidad declina con el precio, y entre productos caros la elasticidad de la demanda suele ser mayor que en productos más baratos. Asimismo se sabe que los jóvenes son más sensibles a las variaciones de precio que los adultos (Kopp, 2004) y lo mismo sucede con los pobres respecto de los ricos.

La sensibilidad al precio entre adictos norteamericanos a la heroína que auto-limitan su consumo o la sustituyen por otras sustancias, y en ocasiones buscan tratamiento cuando los precios se elevan demasiado, ha sido uno de los principales descubrimientos de la economía de las drogas y rompe con el estereotipo de la conducta adictiva como una conducta completa e irremediablemente irracional (para una teoría racional de la adicción se puede ver el artículo de Becker & Murphy, 1988). La influencia del precio depende de la naturaleza de las preferencias: usualmente se considera que un adicto tiene preferencias de consumo que se concentran en un solo producto ('cóncavas'), mientras que lo normal es que los consumidores tengan una canasta de varios productos ('convexas'). Bajo el supuesto de preferencias cóncavas una caída en el precio haría que los consumidores actuales compraran más drogas y la cantidad de droga consumida aumentara (se ha mostrado paralelamente que la cantidad de droga que consume un adicto suele ser más de la que necesita para producir los efectos deseados). La capacidad de atraer nuevos consumidores, por su parte, aumentaría entre quienes tienen preferencias convexas, quienes están en posición de ampliar su canasta de consumo ante una caída interesante en el precio de las drogas.

La evidencia respecto del impacto de la disponibilidad real y percibida ha resultado bastante consistente, aunque admite como siempre algunas excepciones. Existen estudios que muestran una asociación positiva entre percepción de facilidad de acceso y consumo entre estudiantes (Caulkins, 1999), y asimismo el aumento del límite de edad en la venta de alcohol ha mostrado buenos resultados (Babor *et al.*, 2003). La reducción de horas y días de venta en el caso del alcohol ha sido considerada preventiva, pero también existe evidencia en sentido contrario: la privatización de la venta de alcohol en algunos estados norteamericanos y canadienses, que hizo posible la venta al por menor de alcohol, no provocó aumentos en el consumo (MacCoun & Reuter, 2001). En todo caso, la investigación ha encontrado que las regulaciones a la venta de alcohol son siempre mucho más efectivas que los programas de prevención y educación

orientados a evitar o disminuir el consumo, algo que probablemente sea cierto también en el caso de las drogas ilícitas.

La magnitud del impacto de la prohibición depende mucho de la efectividad de las políticas de control que usualmente se miden por la cantidad de droga incautada y, sobre todo por la evolución de los precios en el mercado negro. Las variaciones en las incautaciones de droga, sin embargo pueden significar fluctuaciones en la eficiencia policial, pero también en la cantidad de drogas existente. En países productores o de tránsito, las incautaciones dependen mucho de los flujos existentes de manera que a igual nivel de efectividad policial, el volumen de droga incautada puede variar significativamente. El mejor indicador para medir efectividad policial son las variaciones de precios, aunque en los mercados no regulados como el de las drogas, la demanda se ajusta por intervenciones en la calidad del producto: una caída importante de los precios en la cocaína chilena se debe muy probablemente a adulteraciones que reducen su pureza. Otro buen indicador para medir efectividad de las políticas de control es la declaración de exposición a ofertas de drogas en un período determinado de tiempo, algo que se puede obtener con facilidad a través de las encuestas normales de auto-reporte de uso de drogas.

### Los costos de la prohibición

El régimen de prohibición ha sido duramente criticado por los costos en violencia y criminalidad que ha traído consigo la proliferación del mercado ilegal de drogas. Una de las desventajas de los mercados ilegales es la incapacidad de utilizar la ley como mecanismo de resolución de disputas. También el costo de usar la violencia es menor entre quienes ya se han situado fuera de la ley al producir o vender drogas. La prohibición puede asimismo favorecer el delito adquisitivo en la medida en que eleva los precios de las drogas y obliga a muchos a financiar su adicción a través de medios ilegales (típicamente robo y prostitución). Otros efectos indirectos también han sido considerados, en particular la concentración de recursos del sistema de persecución criminal en el delito no violento de drogas que desatiende al delito violento y los impactos en corrupción institucional que puede generar el narco-tráfico, especialmente en países con judicaturas y policías débiles. Una preocupación especial es que el delito de drogas requiere procedimientos excepcionales de investigación en la medida en que carece de víctima (o la víctima no está dispuesta a cooperar con la policía)

y obliga a actuar en el límite de la vulneración de derechos (con el uso de agentes encubiertos, la interceptación de comunicaciones privadas o el levantamiento del secreto bancario, por ejemplo).

La conexión entre drogas y delito reconoce al menos tres formas características: el **delito sistémico**, aquel que se comete en el marco de las operaciones de producción y distribución del mercado negro de drogas; el **delito adquisitivo** que se comete para conseguir drogas; y el **delito psico-farmacológico** que se comete bajo la influencia de alguna droga. La conexión sistémica entre drogas y homicidio está bien documentada por Goldstein, especialmente para las pandillas neoyorquinas que traficaban con *crack* a fines de los años setenta (Goldstein, 1985). Usualmente los mercados ilegales de drogas tienen la forma de redes con poca organización y jerarquía, y muchos operadores que laboran independientemente entre sí, sobre todo en la venta al menudeo.

La rentabilidad del negocio de drogas, sin embargo, aumenta la competencia y vuelve más acuciantes los problemas de seguridad, y obliga a actuar de manera más organizada, usualmente con delincuentes profesionales, pandillas naturales y organizaciones criminales. La violencia interna del mercado de drogas puede alcanzar dimensiones colosales en los grandes sitios de producción como Colombia o en las cadenas de distribución al por mayor como ocurre actualmente en México, pero también en la venta callejera como ocurrió con el *crack* neoyorquino. Mucha de esta violencia ha sido imputada a la prohibición misma. Existen estudios que muestran, por ejemplo, que los arrestos frecuentes dejan aperturas en las zonas de mercadeo que se resuelven a través de disputas violentas, pero la violencia tiene que ver también con factores ajenos a la prohibición: con el valor mismo de las drogas, la juventud de los participantes y la poca confiabilidad de los compradores, casi siempre consumidores que pueden desplegar rápidamente conductas agresivas (MacCoun & Reuter, 2001). En el caso chileno las estimaciones de violencia sistémica son más bien modestas: en estudios basados en auto-reporte de población infractora se ha estimado que los delitos sistémicos asociados con drogas (sin contar con el delito de drogas propiamente tal) alcanzan al 3% en población adulta (Valenzuela & Larroulet, 2009). Las redes de micro-tráfico continúan siendo servidas por operadores sin trayectoria criminal (aunque se cree que la introducción de jóvenes delincuentes avezados en el negocio de drogas aumenta vertiginosamente) y la cartelización del mercado de drogas es todavía precaria.

El delito adquisitivo tiene mucha mayor importancia, acicateado por el costo de las drogas, pero también por los trastornos propios de una adicción que requiere una provisión regular y generalmente está asociado con incapacidad laboral. Además, una parte significativa del consumo frecuente de drogas se encuentra radicado en población de bajos ingresos que sólo puede financiar la adicción con delito en cualquier circunstancia. En el caso chileno, la estimación del delito adquisitivo (controlado por los antecedentes de dependencia de quienes auto-reportaron cometer el delito para conseguir drogas) alcanzó al 20% en población penal adulta, lo que significa que uno de cada cinco delitos se hace para conseguir drogas (generalmente pasta base y cocaína, sin considerar alcohol, ver también Valenzuela & Larroulet, 2009).

La conexión psico-farmacológica, por su parte, cuenta mucho en la relación entre drogas y delito, y no tiene nada que ver con la prohibición. Los estudios que han estimado uso de drogas al momento de cometer algún delito han encontrado recurrentemente relaciones psico-farmacológicas muy altas: las cifras con tests biológicos en detenidos recientes suelen oscilar en torno a 2/3, una proporción que también se encontró en el estudio I-ADAM en nuestro país (Hurtado, 2003). La estimación mediante auto-reporte para el delito psico-farmacológico con drogas (controlado por una pregunta contra-factual que averigua si la droga intervino eficazmente en la comisión del delito) alcanzó al 17% y si se agrega alcohol, la estimación sube a 25%, lo que significa que uno de cada cuatro delitos se comete bajo la influencia de drogas sea o no en combinación con alcohol. Respecto de la relación droga/delito está bien documentado que las drogas intervienen mucho más en delitos contra la propiedad (incluyendo robo con violencia), mientras que en delitos violentos (homicidios y violación) el alcohol sigue siendo más decisivo y un agente probablemente mucho más determinante que cualquier droga ilícita. La atribución de causalidad en esta conexión psico-farmacológica es bastante controversial, pero la relación entre intoxicación y delito es demasiado recurrente para ser espúrea como se sostiene por doquier en la literatura anti-prohibicionista. El impacto de los tratamientos de rehabilitación de drogas sobre la reincidencia delictual muestra, por lo demás que la conexión entre drogas y delito tiene un componente causal relevante. En su conjunto, una parte seguramente significativa de la conexión entre droga y criminalidad no proviene de la prohibición, sino que opera a través de canales independientes que probablemente subsistirían en cualquier escenario de legalización, tal como sucede con el alcohol.



Una preocupación especial de las políticas de prohibición es el aumento acelerado de la población detenida y encarcelada, sobre todo cuando las razones son de poco peso. La experiencia de la detención de jóvenes bajo cargos de porte o consumo drogas puede volverse demasiado frecuente y tiene el riesgo de banalizar el quebrantamiento de la ley. También el encarcelamiento de pequeños traficantes de baja peligrosidad puede tener efectos contraproducentes, sin contar con el abandono parental en que quedan muchos hogares sobre todo cuando las madres son detenidas bajo cargos de micro-tráfico. En el caso chileno, las detenciones por infracciones a la Ley de Drogas han amentado aceleradamente desde 18.160 en 2005 hasta 39.274 en 2008, es decir, el número de detenidos se duplicó en cuatro años, pese a que las tasas de prevalencia en el mismo periodo han registrado incrementos más bien moderados. Esta cifra de arrestos (232 por cien mil habitantes de entre 15 y 64 años) es solamente comparable con la de países que tienen políticas muy activas de descriminalización como Holanda (184) y Portugal (165), pero muy inferior a la de los países anglosajones como Estados Unidos (918) o Australia (577) (Degenhardt, Hallam & Bewley-Taylor, 2009).

También el sistema de persecución penal ha aumentado enormemente su eficacia: el número de delitos de drogas terminados pasó de 11.000 a 59.000 entre 2005 y 2008, y una parte creciente de estos delitos son faltas por consumo o porte de pequeñas cantidades. El sistema da una seguridad bastante razonable, sin embargo, de que estas faltas sólo dan origen a sanciones monitorias, multas o sanciones accesorias de baja monta, y muchas veces derechamente a sentencias absolutorias. Asimismo el sistema da cuenta de una efectividad creciente en la persecución del micro-tráfico (delito que fue tipificado legalmente hace unos pocos años) tanto en número de procedimientos terminados como en sentencias condenatorias, muchas de las cuales consideran penas de cárcel. El número de condenados reclusos por infracciones a la Ley de Drogas, por su parte, se mantuvo relativamente estable entre 1998 y 2006 (en torno a los 2.500 reclusos), pero a partir de 2007 el número anual de reclusos se ha empujado por encima de los 4.000, lo que representa aproximadamente el 8% de la población carcelaria del país. La proporción de encarcelados sobre el total de arrestos oscila en torno al 10% que puede compararse con el 20% norteamericano. La probabilidad de que alguien esté encarcelado por consumo es prácticamente nula, pero la proporción de población carcelaria con problemas de drogas se ha calculado en alrededor

del 50% al momento de ingresar y las oportunidades de tratamiento y rehabilitación son escasísimas. También es motivo de preocupación el aumento de mujeres encarceladas a causa del tráfico de drogas, en muchas ocasiones madres jefes de hogar que dejan sus hogares en estado de extrema vulnerabilidad social.

Otras consecuencias adversas de las políticas de control son la corrupción policial y la vulneración de derechos, sobre los cuales se dispone de poca información: los casos detectados de corrupción policial son aparentemente pocos y la actual Ley de Drogas no ha dado origen a ninguna queja de constitucionalidad, pero la crítica legal ha aumentado en el último tiempo. En algunos casos se ha considerado que el sistema de inventivos policiales favorece demasiado la investigación de drogas y alienta indebidamente la persecución del delito de drogas, en detrimento de otros delitos más graves o en perjuicio de los grupos que sufren mayor discriminación y estigma social. Ninguna de estas acusaciones a la política de control, sin embargo, cuentan por ahora con evidencia importante.

### Alcances de la prevención

Las políticas de drogas se sostienen en tres pilares: **prevención**, **tratamiento** y **control**. Usualmente se recomienda que estas tres dimensiones estén adecuadamente equilibradas y que haya interpenetraciones entre ellas, por ejemplo a través de programas como los tribunales de drogas que sustituyen sanciones penales por tratamiento e intersectan el área médica y judicial. Cada componente, sin embargo, tiene también un talante propio que requiere un desarrollo específico. La prevención tiene un ciclo natural bien conocido en epidemiología: durante la fase de ascenso de alguna epidemia, la percepción de riesgo —la principal variable que debe afectarse con la educación— suele ser baja (casi nadie percibe los daños que provoca una determinada sustancia) y las prevalencias de consumo se elevan; con el tiempo, sin embargo, una vez que aparecen los consumidores frecuentes, los daños se hacen patente, la percepción de riesgo comienza a subir y las prevalencias de consumo tienden a bajar, hasta el punto en que los daños desaparecen o se atenúan y el ciclo comienza de nuevo. Las caídas en las prevalencias de consumo de marihuana y cocaína en los años ochenta norteamericanos, después de los estragos ocasionados por la epidemia de *crack* de la década anterior es una confirmación de este ciclo natural. La prevención inducida debe considerar el momento del ciclo epidemiológico: la prevención suele ser

poco efectiva al comienzo del ciclo cuando los daños son menos visibles, pero adquiere mucha eficacia posteriormente. En el caso chileno, la caída muy pronunciada en la percepción de riesgo puede estar relacionada con esto: las trayectorias de consumo frecuente y abuso no son demasiado patentes y, sobre todo el país ha carecido hasta ahora de una epidemia de cocaína/heroína, lo que vuelve mucho más peligrosa la marihuana. Los mensajes preventivos parecen inútiles porque el ciclo epidemiológico no ha madurado suficientemente. También es característico que al comienzo del ciclo, las políticas de control sean más decisivas para reducir la demanda, pero luego son las políticas de tratamiento las que toman la delantera.

La capacidad de anticipar riesgos, sobre todo en población adolescente, es siempre una tarea ardua y muchas veces infructuosa. La prevención escolar busca inhibir y retrasar el consumo de drogas reforzando la percepción de riesgo y la desaprobación del uso de drogas, modificando la percepción muchas veces equivocada de la naturaleza y alcance que tienen las drogas, y generando capacidades para resistir la presión del medio —principalmente del grupo de pares y de los medios— que favorecen el uso de drogas. Se recomienda realizar prevención escolar en todas las edades, pero los programas que se realizan entre menores de 10 y 14 años, en la víspera de la edad normal de inicio para las drogas más comunes como tabaco, alcohol y marihuana, son especialmente importantes, sea para favorecer la abstinencia o para evitar la precocidad. Está comprobado que la precocidad en el uso de cualquier droga predice trayectorias más largas y problemáticas de consumo, de manera que el retraso en la edad de inicio de cualquier sustancia es un logro que debe ser apreciado.

La efectividad de los programas de prevención escolar está bien documentada, aunque generalmente se han descubierto efectos modestos para programas bien implementados que utilizan componentes conductuales, que incluyen la formación de habilidades para resistir la presión de grupo y que utilizan métodos interactivos de aplicación<sup>4</sup>. La prevención escolar que utiliza intervenciones de foco ambiental, como manejo de disciplina y ambiente escolar, implementación de normas y expectativas de comportamiento, manejo de sala de clases o programas de reorganización de cursos y niveles, tiene

mejores resultados que la prevención con foco individual que realiza un profesor en sala de clase. En el sistema escolar chileno la clase es un grupo extremadamente estable que se conserva por muchos años, a veces desde que se ingresa hasta que se termina la escuela: existe buena evidencia de que el ‘efecto clase’ es significativo en el uso de drogas y que las intervenciones sobre la composición de los cursos podría ofrecer buenos rendimientos (Araos, Cea y Valenzuela, 2009).

En prevención se reconoce ampliamente que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de drogas de sus hijos, aún en la adolescencia. Una de las razones que se esgrimen para el aumento reciente de las prevalencias de drogas entre los jóvenes norteamericanos (después de la fabulosa caída de los años ochenta) ha sido la indolencia parental, padres que conversan menos y, sobre todo que son menos capaces de transmitir la percepción de daño que producen las drogas a sus hijos. Una buena cantidad de los padres actuales crecieron en el período de efervescencia del uso de drogas y una proporción muy amplia consumió cuando eran jóvenes, lo que puede motivar mucha de la incomodidad parental a la hora de conversar con los hijos (Sloboda, 2006) y una pérdida general de la eficacia preventiva de los padres.

Algunos mecanismos de prevención suscitan dudas y controversias, por ejemplo el uso de tests de drogas en funciones críticas, incluyendo la alta dirección pública: aunque algunos consideran que estos tests menoscaban las garantías constitucionales a la privacidad y tienen el riesgo de arrojar falsos positivos, también se admite ampliamente que cumplen una función importante en la prevención de accidentes y daños a la seguridad y confianza públicas. Generalmente se acepta el uso compulsivo, periódico y aleatorio de exámenes de drogas en ocupaciones que comprometen el interés público, típicamente en el transporte de personas o en la policía (donde la adicción puede ser una fuente de extorsión y corrupción) que son casos en los cuales el interés por disponer de una fuerza de trabajo libre de drogas es perentorio. Los exámenes obligatorios de drogas por causa justificada, por ejemplo, después de un accidente o en el deporte de alta competencia están también ampliamente reconocidos. Existen estudios que muestran que los tests de drogas tienen un impacto disuasivo importante: para conservar el trabajo se requiere evitar o cesar el con-

<sup>4</sup> En el caso chileno se han utilizado programas instruccionales con foco individual y métodos convencionales de aplicación: los programas están bien diseñados, pero la implementación se vuelve muy inestable porque depende de la buena voluntad de colegios y profesores.

sumo de una determinada droga (Faupel, Horowitz & Weaver, 2004). La combinación de una política dual de tests preventivos y tolerancia cero que se aplica en policías y fuerzas armadas ha tenido resultados muy efectivos en la creación de ambientes libres de drogas (Mehay & Pacula, 1999), pero existe todavía mucha controversia para su aplicación en escuelas y lugares de trabajo.

### Importancia del tratamiento

La investigación bio-médica sobre la naturaleza de la adicción ha sido amplia y profusa. La corriente más importante sostiene actualmente que la adicción es esencialmente una enfermedad neurológica de carácter crónico y recidivista. La adicción es la compulsión por usar drogas, que se manifiesta usualmente a través de tres síntomas: privación (aparecen problemas cuando se reduce o elimina el consumo), tolerancia (se necesita cada vez más mayores dosis para obtener un mismo efecto) y uso compulsivo (se consume a pesar de los problemas que trae consigo ese consumo o también se termina consumiendo siempre más de lo que se hubiese deseado). El uso compulsivo indica la falta de auto-control que está siempre detrás del comportamiento adictivo. Según la moderna neurobiología de la adicción, esta clase de compulsión hacia el consumo de una sustancia está inducida por cambios en el cerebro (que pueden ser mostrados fácilmente a través de imágenes) que son persistentes, y eventualmente irreversibles, lo que convierte a la adicción en una enfermedad crónica, susceptible de recaídas permanentes. Existe mucha evidencia, sin embargo, de que la compulsión o falta de control no es un estado permanente, que los adictos tienen momentos plenamente lúcidos y que retienen la capacidad de tomar decisiones, entre las cuales figura frenar o acabar con el uso de una determinada droga (algo que no se puede decir de una enfermedad propiamente tal como el cáncer) (Satel, 2001). La influencia del contexto social es también muy poderosa en esta clase de decisión, como lo muestra el famoso estudio de los combatientes de Vietnam que abandonaron el uso de heroína cuando regresaron a casa debido precisamente a cambios drásticos en las condiciones y ambientes sociales de vida (Robins *et. al*, 1980 citado por Satel, 2001). La sensibilidad de la demanda al precio y disponibilidad de drogas, incluso entre consumidores abusivos de alcohol o heroína, indica algo parecido.

También la presunción de que la adicción es una condición crónica y que la recaída forma parte de cualquier tratamiento ha sido objeto de discusión. Las tasas de

recaída para pacientes en tratamiento son generalmente muy altas (fluctúan entre 60% y 80% al cabo de doce meses de egreso que se considera el límite del éxito terapéutico, algo mejores para alcohol, pero muy pobres en heroína y tabaco). Los datos de recuperación entre pacientes que nunca han asistido a tratamiento y que auto-reportan abuso o dependencia son sorprendentemente mucho mejores, una diferencia que puede explicarse por trayectorias más largas y problemáticas de uso entre pacientes tratados y, sobre todo por evidencia de mayor co-morbilidad entre estos pacientes que presentan adicción en combinación con otros trastornos psiquiátricos, lo que dificulta el éxito terapéutico (Heymann, 2001). Los esfuerzos por medicalizar excesivamente el proceso adictivo deben ser tomados con precaución: por una parte, la adicción produce trastornos cerebrales bien conocidos en la actualidad, pero no se origina por ellos, y los factores conductuales juegan un papel significativo en la formación de una adicción; por otra parte, también en la cura, los componentes farmacológicos juegan un rol complementario y coadyuvantes y no se ha podido prescindir de terapias con fundamento conductual (que tienen su prototipo en los métodos de Alcohólicos Anónimos cuya eficacia está documentada ampliamente).

Respecto de tratamientos farmacológicos todavía no se encuentra ningún medicamento que cure la adicción (*craving*, que aplaque el deseo irresistible de consumir una sustancia, los medicamentos probados no son suficientemente específicos y tienden a producir el hundimiento de cualquier deseo y motivación). Existen avances, en cambio, en la elaboración de una vacuna que inmuniza, al menos parcialmente, contra los efectos de la cocaína, no extingue el deseo (*craving*) pero lo frustra evitando la intoxicación ('llegar alto'). El éxito de la metadona como sustituto de heroína está mucho mejor probado: la metadona evita el síndrome de privación que conduce desesperadamente a buscar heroína y permite a muchos adictos llevar una vida normal, aunque no previene respecto de otras drogas que usualmente concurren en una adicción a la heroína y tampoco resuelve los problemas que originan el comportamiento adictivo (Satel, 2001).

Tras el esfuerzo por medicalizar el proceso adictivo (en combinación con la insistencia en considerar el problema de drogas un problema de salud) se encuentra la intención de evitar el estigma que recae sobre quienes usan/abusan de drogas que muchas veces es una parte considerable del problema. Muchos esfuerzos preventivos o terapéuticos se arruinan, en efecto, por las enor-

mes barreras que se trazan entre quienes se comprometen con el uso de drogas y quienes no lo hacen y que con mucha frecuencia se sellan moralmente. Tampoco se debe exagerar, sin embargo, en la dirección contraria: el problema de drogas es muy sensible a ambientes moralmente robustos y la resolución moral y apoyo social es totalmente clave en la hora de la recuperación. Asimismo, el estigma social juega algún papel como barrera de entrada, como sucede a ojos vista con el uso de pasta base en nuestros países, muy poderosamente asociado a marginalidad social, aunque debe admitirse también que la estigmatización tan severa que pesa sobre la pasta base empuja a algunos hacia esa misma marginación (tal como predice la teoría de la estigmatización, el estigma produce auto-segregación y acelera conductas de exclusión).

La importancia del tratamiento en una política de drogas está fuera de discusión. Existen estimaciones que indican que la cantidad de droga que consume anualmente un adicto en cocaína equivale a 25 consumidores ocasionales. Los costos sociales en pérdida de productividad y crimen están casi enteramente concentrados en población dependiente. La conveniencia de retirar del mercado de drogas a quienes abusan es innegable y el esfuerzo terapéutico es por esta razón una pieza central de la política de drogas. La efectividad de los tratamientos está bien documentada para pacientes que completan los programas: la duración mínima aceptada de un tratamiento es alrededor de 52 semanas (en cualquiera de sus versiones, consejería médica, mantención con metadona o tratamientos residenciales), pero se estima que menos del 20% de los pacientes cumplen con esta norma. El éxito de los programas coercitivos de tratamiento se debe en gran parte a que los pacientes permanecen el tiempo adecuado dentro de los programas, lo que compensa las dificultades de motivación que puedan provenir del carácter compulsivo de estos programas (Satel, 2001). La efectividad para programas bien conducidos está estimada en 50% de reducción en el uso regular de drogas (con tasas probablemente mayores para los programas de metadona que se circunscriben, sin embargo, al uso de heroína) 50% de reducción en la actividad delictiva, aunque la mayor parte de quienes se tratan están en la cúspide de su carrera delictiva y podrían bajarla aún sin tratamiento; y 10% de crecimiento en empleo (estimaciones de la base de datos, Drug Abuse Treatment Outcomes Studies, en Faupel, Horowitz & Weaver, 2004). La evidencia muestra que los programas residenciales de larga estadía son los más efectivos y que

la cocaína es la droga que muestra menores resultados porque carece de una droga sustituta. Los programas de rehabilitación carcelarios tienen asimismo buenas recomendaciones.

A pesar de la efectividad del tratamiento las tasas de recaídas son numerosas y frecuentes, hasta el punto que algunos consideran la adicción una enfermedad crónica. La reducción de daño forma parte de los programas de tratamiento bajo el supuesto de que la cesación es un objetivo azaroso e improbable en muchos casos (Sussman & Ames, 2008). El programa de reducción de daño más conocido es de sustitución de heroína por metadona, una droga de uso expedito y barato que atenúa el síndrome de privación (originalmente ideado por ingleses y que ha encontrado amplia aceptación también en Estados Unidos, pero que no se ha probado eficaz para cocaína). Las ganancias en reducción de criminalidad y en habilitación laboral de la metadona están bien establecidas, aunque sobre todo en consumidores diarios de heroína. Otro programa bien conocido es la distribución de jeringas limpias para evitar la propagación del VIH/SIDA en las comunidades de consumidores de drogas inyectables. Ningún otro programa de reducción de daño ha resultado convincente, y la literatura en el tema prácticamente se circunscribe a estos dos ejemplos (Inciardi & Harrison, 2000). En países como el nuestro que carecen de heroína y de drogas inyectables, la reducción de daño tiene poco sustento programático, aunque forma parte de los esfuerzos terapéuticos de muchos centros de rehabilitación que trabajan con adictos contumaces.

### Políticas de control

La prohibición reconoce varios regímenes legales que difieren en la manera cómo la posesión y uso personal de drogas es sancionada. En los regímenes de prohibición completa, el uso y posesión de drogas constituye un delito cualquiera sea la cantidad y el propósito comprometido. Habitualmente los montos pequeños y la posesión casual destinada al consumo son sancionadas con multas o penas alternativas como servicios comunitarios, pero la reincidencia puede dar origen a penas mayores, incluyendo breves períodos de cárcel y siempre la falta queda consignada en los registros de antecedentes delictivos. En los regímenes de descriminalización parcial (o despenalización), la posesión personal o de pequeñas cantidades no constituye delito, sino una falta que no puede sancionarse con penas de cárcel en ninguna circunstancia. Este es el caso de la legislación chilena que

considera solamente una falta la posesión de cualquier droga 'para uso personal y próximo en el tiempo': ha sido el régimen imperante en España e Italia durante muchos años, un modelo que recién comienza a interesar a los países anglo-sajones que habitualmente han criminalizado el consumo de drogas. En los regímenes de descriminalización completa se aflojan las restricciones sobre la cantidad de droga comprometida, de tal manera que la distinción entre montos pequeños y grandes desaparece, pero se continúa sancionando la distribución de drogas. La autorización holandesa para vender marihuana de manera controlada es una experiencia singular y única (Hall & Pacula, 2003), y asimismo cada vez más restrictiva (sobre todo con la limitación de venta de 30 a 5 gramos de *cannabis* desde mediados de los años noventa y la disminución de los permisos municipales para la operación de *coffee-shops*<sup>5</sup>).

En su conjunto, estos diferentes regímenes de prohibición se parecen más de lo que se cree: rara vez los consumidores van a parar a la cárcel, incluso en los regímenes más restrictivos (como los que prevalecen en la ley federal norteamericana o en la legislación sueca). El modelo de descriminalización portugués, por su parte, tiene la particularidad de desviar las faltas de drogas fuera del sistema penal y procesarlas a través de una comisión de expertos civiles, pero resulta también muy eficaz en la administración de sanciones administrativas como multas o suspensión de licencias. Se ha documentado también que la despenalización australiana ha producido tantas o más penas de cárcel por incumplimientos en el pago de multas como en el sistema que penalizaba la posesión (MacCoun & Reuter, 2001). El régimen sueco de prohibición total, asimismo, ofrece posibilidades de intercambiar sanciones por tratamiento muy similares a las del régimen de descriminalización portugués, un aspecto crucial en la política de persecución penal de drogas.

Algunas cuestiones importantes en la legislación de drogas son de difícil decisión. Casi todas las leyes de drogas establecen mínimos para definir consumo personal (entre 50 y 100 gramos de *cannabis* suele ser un límite razonable) tras el cual se considera automáticamente tráfico, a diferencia de la legislación chilena que no especifica cantidades mínimas. Una definición demasiado precisa, sin embargo, aunque entrega mayor estabilidad al sistema de sanciones, impide a los jueces establecer

con claridad el alcance de la falta que se aprecia mucho mejor con antecedentes complementarios y distintos de la cantidad como la trayectoria anterior, el propósito reportado o el nivel de concertación requerido. Los mínimos legales también alientan la atomización del mercado de distribución, especialmente cuando las cantidades establecidas son más bien amplias. Otro aspecto importante son las distinciones por tipo de droga: la mayor parte de las legislaciones consideran que la posesión y distribución de ciertas drogas como cocaína o heroína es más grave que la de marihuana. Una modificación de la legislación chilena elevó la categoría penal de la marihuana para evitar que su distribución quedara impune, aunque esta medida puede alentar el desplazamiento hacia drogas como cocaína y pasta base que suelen ser más rentables y que actualmente comparten riesgos criminales con la marihuana. La segregación del mercado de la marihuana respecto del mercado de otras drogas es recomendable (de hecho fue el motivo principal de la legalización holandesa del expendio de marihuana que consideraba que el efecto de 'puerta de entrada' de la marihuana se producía por el contacto con distribuidores de cocaína/heroína), aunque se requiere una observación más minuciosa del mercado de drogas para alcanzar una conclusión más firme en esta materia.

También han sido motivo de atención las dificultades que tiene el contacto de consumidores ocasionales con el sistema de persecución penal: demasiados jóvenes (e incluso niños) son detenidos por la policía y reportados a un fiscal por faltas menores que no revisten ninguna gravedad. También se acusa que esta política de persecución masiva es discriminatoria y recae de manera abusiva sobre grupos pobres o minoritarios. El propósito principal de la reforma portuguesa consistió en evitar el contacto de consumidores de drogas con el sistema penal en cualquiera de sus fases y ofrecer una política de descriminalización del uso de drogas también en este sentido, aunque desde luego es la policía la que fiscaliza el porte de drogas y cursa las citaciones correspondientes a oficiales civiles que deciden la naturaleza del caso.

La distinción entre consumo personal, venta y distribución se vuelve algo imprecisa en el mercado de drogas. La dificultad principal la constituyen los pequeños distribuidores de drogas ('micro-traficantes'), muchos de

<sup>5</sup> La autorización holandesa está sujeta también a otras restricciones que se fiscalizan escrupulosamente: no puede haber publicidad, no se pueden vender otras drogas distintas de la marihuana, no se puede vender a menores, no se puede vender más de la cantidad señalada y no puede haber disturbios públicos en torno a los locales de venta.

los cuales son consumidores que financian su adicción a través de la venta al menudeo. Todas las legislaciones penalizan esta clase de distribución que ofrece, no obstante, algunas dificultades. La persecución del micro-tráfico aumenta mucho la población encarcelada, a veces con personas que no son delincuentes profesionales y que no ofrecen ningún riesgo de cometer un delito violento, lo que representa costos en tiempo y dinero injustificados para el sistema de persecución penal que debería resolver problemas de seguridad más urgentes y perentorios. La investigación ha mostrado que aumentar las penas (una solución siempre favorecida por el público) tiene pocos efectos disuasivos, incluso sobre población que no está comprometida criminalmente: el sistema de penas tiene mayor eficacia cuando es inmediato y efectivo, cuando está compuesto por penas relativamente débiles pero de las que se tiene conciencia que se aplican rápidamente y en todos los casos (Caulkins & Heymann, 2001). No es recomendable ni proporcionado tener a pequeños traficantes cumpliendo penas draconianas de cárcel. También se ha señalado que el sistema de distribución de drogas es extremadamente eficaz y flexible, con pocas barreras de entrada de tal suerte que los traficantes son reemplazados muy fácilmente, lo que vuelve inútil la persecución del micro-tráfico. Pero el sistema nunca permite reemplazar a costo cero, de manera que el efecto sobre el precio de la droga que se vende sigue siendo significativo. A pesar de estas objeciones, la persecución del micro-tráfico y el encarcelamiento de muchas personas es relativamente inevitable en el marco de una política de prohibición que busca elevar los precios y disminuir la disponibilidad.

Asimismo una política de persecución criminal debe hacerse cargo seriamente de la estrecha relación que existe entre droga y delito. Los procedimientos judiciales que ofrecen tratamiento como alternativa a la prisión (conocidos a veces con el nombre de 'cortes o tribunales de drogas' cuando existe una judicatura especializada que conoce casos donde está implicado el abuso de drogas) han encontrado un buen respaldo en las policías y judicaturas<sup>6</sup>. El uso de estos programas alternativos tiene recomendaciones muy favorables, aunque su éxito depende de un mecanismo efectivo de supervisión judicial basado en tests de orina y de sanciones inmediatas y ejemplares para quienes no cumplen con los compromisos de tratamiento (Satel, 2001). El alcance

de estos programas, sin embargo, acotado en general a primerizos con delitos de baja gravedad, es relativamente limitado. El grueso del problema adictivo se encuentra dentro de las cárceles, en población reincidente y con gruesas condenas. Un estudio chileno realizado en población carcelaria estimó mediante auto-reporte tasas de dependencia antes de entrar a la cárcel de 35% entre infractores adultos, una cifra que puede alcanzar al 43% de los jóvenes menores de 25 años (Valenzuela & Larroulet, 2009). Las dificultades de motivación y adherencia a los tratamientos que se encuentra en las prisiones y las dificultades para ofrecer tratamientos de alto umbral hacen del tratamiento carcelario un desafío siempre mayor. Las cárceles siguen contando con mecanismos tradicionales de rehabilitación basados en comunidades religiosas del tipo 'alcohólicos anónimos' con resultados que deben aprovecharse, no obstante, en el marco de una intervención más general que contemple métodos eficaces de detección de problemas de abuso, asistencia profesional y utilización de beneficios carcelarios con cargo a compromisos de tratamiento. La política inglesa que condiciona incluso la liberación de presos a garantías fundadas de rehabilitación es algo que puede considerarse (nadie es puesto en libertad realmente si la probabilidad de reincidencia es muy alta, al menos en el caso de delincuentes de alta peligrosidad).

## Conclusiones

Las políticas de drogas esconden esta paradoja: suscitan mayor controversia académica que política, cuando lo usual es que el debate político sea mucho más ácido y la conversación académica mucho más consensual en un número muy amplio de materias. Mucha de la evidencia en programas y políticas de drogas es inestable y disputada. El resultado más firme, sin embargo, es la necesidad de equilibrar los tres componentes principales de una política de drogas: prevención, tratamiento y control. Ninguna estrategia puede basarse entera o principalmente en educación (una solución que el público favorece amplia e ingenuamente): el uso de drogas está determinado por factores involuntarios muy poderosos que escapan a la información y evaluación razonable de riesgos, en especial en el mundo adolescente. La prevención tiene siempre resultados positivos pero modestos, que requieren por lo tanto complementación con otros mecanismos.

<sup>6</sup> En el país se ha comenzado de manera experimental con programas de este tipo, que muy rápidamente han recibido el apoyo gubernamental y cuentan también con el apoyo del público que, por lo demás suele ser extremadamente perseguidor en el campo de las drogas (Droppelmann, 2008).

También la medicalización del problema de drogas corre el riesgo de ofrecer un ángulo unilateral: esta vez son los factores voluntarios que están comprometidos en el uso, e incluso en el abuso de drogas, los que exigen adoptar una perspectiva más amplia y exigente que la que se tendría con cualquier otra enfermedad. También las limitaciones en la eficacia terapéutica de los programas de tratamiento obliga a complementar una estrategia de drogas con medidas compulsivas de control y regulación.

Por último, una política solo normativa y represiva corre el riesgo de actuar injustamente sobre quienes no son enteramente responsables de su conducta y, en muchas ocasiones produce costos sociales que deben ser sopesados y controlados.

Prevención, tratamiento y control no tienen por sí mismos la última palabra en el problema de drogas: un equilibrio razonable entre tres dimensiones es siempre deseable y constituye la principal medida de la calidad y eficacia de una política de drogas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Araos, C., Cea, M. & Valenzuela, E.** *¿Es el contexto escolar una condición relevante para potenciar o inhibir el consumo de marihuana entre los jóvenes chilenos?* Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile (no publicado).
- Babor, Th. et al.**, 2003. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy.* Oxford: Oxford University Press.
- Becker, G. & Murphy, K.**, 1988. A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 96, 675-700.
- Caulkins, J.**, 1999. Can supply factors suppress marijuana use by youth? *Drug Policy Analysis Bulletin*, 7, 3-5.
- Caulkins, J. & Heymann, Ph.**, 2001. How should low-level drug dealers be punished? En Heymann, Ph. and Brownsberger, W., Eds. *Drug addiction and drug policy. The struggle to control dependence.* Cambridge-London: Harvard University Press.
- Chaloupka, F.J., Grossman, M. & Tauras, J.**, 1999. The demand for cocaine and marijuana by youth. En Chaloupka F.J., Grossman, M., Bickel, W.K. and Henry Saffen, Eds. *The economic analysis of substance use and abuse: an integration of econometric and behavioral economic research.* Chicago: University of Chicago Press, 133-155.
- CONACE Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes**, 2008. *Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile.* Santiago: CONACE (Documento de Trabajo).
- Degenhardt, L., Hallam, Ch. & Bewley-Taylor, D.**, 2009. *Comparing the drug situation across countries: problems, pitfalls and possibilities.* The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper, 19.
- Droppelmann, C.**, 2008. *Análisis del proceso de implementación de los tribunales de tratamiento de drogas en Chile: avanzando hacia una política pública.* Santiago: Fundación Paz Ciudadana.
- Faupel, C., Horowitz, A. & Weaver, G.**, 2004. *The sociology of american drug use.* New York: McGraw Hill.
- Goldstein, P.**, 1985. The drugs/violence nexus. A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 493-506.
- Hall W. & Pacula, R.L.**, 2003. *Cannabis use and dependence. Public health and public policy.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Heymann, G.**, 2001. Is Addiction a Chronic, Relapsing Disease? En Heymann, Ph. and Brownsberger W., Eds. *Drug Addiction and Drug Policy. The Struggle to Control Dependence.* Cambridge-London: Harvard University Press.
- Hurtado, P.**, 2003. *Consumo de drogas en detenidos. Aplicación de la metodología I-ADAM en Chile.* Santiago: Fundación Paz Ciudadana.
- Inciardi, J. & Harrison, L.**, 2000. *Harm reduction. National and international perspectives.* California: Sage Publications.
- Kandel, D., Davies, B., Karus D. & Yamaguchi, K.** 1986. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: an overview. *Archives of General Psychiatry*, 43 (8), 746-54.
- Kandel, D.**, 2002. *Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Kopp, P.**, 2004. *Political economy of illegal drugs. Studies in crime and economics.* New York: Routledge.
- Levinthal, Ch.**, 2003. *Point/Counterpoint. Opposing perspectives on issues of drug policy.* N.J: Pearson Education.
- Loeber, R., Farrington, D., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W.**, 1998. Multiple risk factors for ultiprobem boys: co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdraen behavior. En Jessor, R., ed. *New perspectives on adolescent risk behavior.* Cambridge: Cambridge University Press.
- MacCoun, R. & Reuter, P.**, 2001. *Drug war heresies. Learning from other vices, times and places.* Cambridge: Cambridge University Press.

- Mehay, S. & Pacula, R.L.**, 1999. The effectiveness of workplace drug prevention policies: does “zero tolerance” work? *NBER Working paper*, N° W7383. Boston, MA: National Bureau of Economic Research.
- Miron, J.**, 2004. *Drug War Crimes. The consequences of prohibition*. California: The Independent Institute, Oakland.
- Moore, M.**, 2001. Toward a balanced drug-prevention strategy: a conceptual map. En Heymann, Ph. and Brownsberger W., Eds. *Drug addiction and drug policy. the struggle to control dependence*. Cambridge-London: Harvard University Press.
- Office of National Drug Control Policy**, 2008. *Marijuana: The greatest cause of illegal drug abuse*. Marijuana Sourcebook, Washington.
- Pacula, R.L., Chriqui, J. & King, J.**, 2003. *Marijuana decriminalization: what does mean in the United States?* Working paper 9690, National Bureau of Economic Research.
- Rosenbaum, E., & Kandel, D. B.**, 1990. Early onset of adolescent sexual behavior and drug involvement. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 783-98.
- Satel, S.**, 2001. Is addiction a brain disease? En Heymann, Ph. and Brownsberger W., Eds. *Drug addiction and drug policy. The struggle to control dependence*. Cambridge-London: Harvard University Press.
- Schivelbusch, W.**, 1993. *Tastes of paradise: a social history of spices, stimulants and intoxicants*. New York: Vintage Books Editions.
- Shiner, M.**, 2009. *Drug use and social change. The distortion of history*. London: Palgrave MacMillan.
- Sloboda, Z.**, 2006. Forging a relationship between drug abuse epidemiology and drug abuse prevention. En Sloboda, Z. and Bukowski, W.J., eds. *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Sussman, S. & Ames, S.**, 2008. *Drug abuse. Concepts, prevention and cessation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Valenzuela, E. & Larroulet, P.** *La relación droga-delito: una estimación de la fracción atribuible* (no publicado).





[www.uc.cl/politicaspUBLICAS](http://www.uc.cl/politicaspUBLICAS)

[politicaspUBLICAS@uc.cl](mailto:politicaspUBLICAS@uc.cl)



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

**SEDE CASA CENTRAL**

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 324, piso 3, Santiago.  
Teléfono (56-2) 354 6637.

**SEDE LO CONTADOR**

El Comendador 1916, Providencia.  
Teléfono (56-2) 354 5658.

**CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC**

- Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho
- Facultad de Educación • Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina