

---

**políticas sociales**

**P**roducción, tráfico y  
consumo de drogas en América  
Latina

Irma Arriagada  
Martín Hopenhayn



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, octubre de 2000

Este documento fue elaborado por la señora. Irma Arriagada y el señor. Martín Hopenhayn, Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Aportaron con insumos la señorita Verónica Aranda y el señor Carlos Lange durante su práctica en la CEPAL. Se agradecen los comentarios del señor Ibán de Rementería.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1431-P

ISBN: 92-1-321657-2

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2000. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.009.II.G.105

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>I. El escenario internacional</b> .....	7
A. Hechos significativos .....	7
B. La institucionalidad global frente al problema de las drogas .....	8
C. Los enfoques frente a las drogas .....	9
<b>II. El diagnóstico del problema de drogas en América Latina</b> .....	13
A. Producción de la droga .....	13
B. Tráfico de drogas .....	16
C. El consumo de drogas .....	18
D. El tema de las drogas en la prensa y en la opinión pública .....	23
<b>III. Políticas para controlar la oferta y reducir la demanda de drogas ilícitas</b> .....	29
A. Principales intervenciones de prevención y control .....	29
B. Algunos programas en los países .....	32
C. Tratamiento y rehabilitación: experiencias en seis países de la región .....	33
D. Criterios generales para una política de prevención y control de drogas .....	35
<b>Bibliografía</b> .....	41
<b>Anexo</b> .....	43
<b>Serie políticas sociales</b> .....	47

## Índice de cuadros

Cuadro 1:	Total de personas que han consumido marihuana al menos una vez el último año, por región, década de los noventa.....	8
Cuadro 2:	Colombia 1994-1998: Fumigación de coca e incautación de cocaína.....	15
Cuadro 3:	Región andina 1994-1998: Cultivos y rendimiento de la producción de coca.....	15
Cuadro 4:	Colombia 1996-1998: Identificación de hectáreas de producción de amapola.....	16
Cuadro 5:	América Latina alrededor de 1996 (8 países): Población mayor de 12 años que consume bebidas alcohólicas.....	19
Cuadro 6:	América Latina (8 países): Prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en la población mayor de 12 años, alrededor de 1996.....	20
Cuadro 7:	América Latina (8 países): Población mayor de 12 años que consume tabaco, alrededor de 1996.....	20
Cuadro 8:	Costa Rica (1995): Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes en los últimos doce meses, según grupo estudiado.....	21
Cuadro 9:	Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población escolar chilena 1999.....	21
Cuadro 10:	América Latina 1998 (13 países): Pacientes por droga de inicio en centros de tratamiento.....	23
Cuadro 11:	América Latina 1998 (13 países): Pacientes por droga de mayor impacto, centros de tratamiento.....	24
Cuadro 12:	América Latina 1998 (8 países): Distribución en centros de tratamiento según sexo del paciente.....	24
Cuadro 13:	Principales noticias referidas a drogas en dos medios de prensa.....	24
Cuadro 14:	Cobertura de prensa al combate de las drogas en América latina, según ámbito temático y país de referencia.....	26
Cuadro 15:	Cobertura de prensa a las consecuencias de la producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina, según ámbito temático y país de referencia.....	27
Cuadro 16:	América Latina (12 países) 1999: Existencia de planes nacionales y sistemas integrados de información sobre drogas.....	30

## Índice de recuadros

Recuadro 1	El mecanismo de evaluación multilateral de la CICAD.....	10
Recuadro 2:	Acciones gubernamentales en el control de la oferta y reducción de la demanda.....	30

## Índice de gráficos

Gráfico	Noticias relativas a las drogas por país.....	25
---------	---	----

---

## Resumen

---

Los problemas asociados a la producción, el tráfico y consumo de drogas en América Latina afectan la calidad de vida de la población, están ligados a formas de exclusión social y debilidad institucional, generan mayor inseguridad y violencia, y corroen la gobernabilidad en algunos países. No es de extrañar, pues, que en el contexto político internacional el tema de las drogas ha ido adquiriendo peso y presencia progresiva, y los acuerdos intergubernamentales en esta materia se extienden cada vez más.

En relación a la producción, América Latina concentra la totalidad de producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína del mundo. Posee, además una producción de marihuana que se extiende hacia distintos países y zonas, destinada tanto al consumo interno como a la exportación. Y, crecientemente, produce amapola y elabora opio y heroína. En relación con el tráfico, la zona del Caribe sigue siendo la ruta más frecuente para el tráfico de drogas hacia los Estados Unidos, pero la ruta del Pacífico, pasando por América Central, ha ganado importancia relativa. Recientemente ha cobrado importancia el transporte fluvial desde los países productores de coca-cocaína a través de Brasil.

El problema del consumo afecta principalmente a la población juvenil y a los varones más que a las mujeres. La marihuana, seguida de la pasta base de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína son las drogas ilícitas de mayor consumo en la región, generando mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social. Según los datos que proveen los centros de tratamiento, el alcohol y el tabaco, seguidos

por la marihuana, son las drogas de inicio más frecuentes de los pacientes atendidos en centros de tratamiento; pero las drogas ilícitas de mayor impacto en la salud son la cocaína, la pasta base y el crack.

Los gobiernos han tomado medidas y formulado planes nacionales para reducir tanto la demanda como la oferta, colocando especial énfasis en el control de la producción y el tráfico de drogas, las campañas de comunicación y prevención, el fortalecimiento jurídico e institucional, y la mayor cooperación internacional para el control del tráfico de drogas y lavado de dinero. Entre los criterios compartidos por los gobiernos destaca también la mayor *focalización* de la prevención y el tratamiento en grupos de mayor vulnerabilidad social; progresiva *municipalización* de la prevención, privilegiando la comunicación cara a cara; sistemas integrados de *información* tanto respecto del consumo como de la producción y el tráfico; y una *legislación* que permita mayor eficacia de las acciones de control sobre la oferta de drogas y los delitos conexos.

## **I. El escenario internacional<sup>1</sup>**

---

### **A. Hechos significativos**

El consumo de drogas ilícitas ha aumentado en todo el mundo, y los patrones son dinámicos, expresando preferencias variables en relación a las sustancias que se consumen. Pese al aumento sostenido en las capturas de drogas, a la detención de narcotraficantes, a la fumigación de cultivos y a la destrucción de grandes redes internacionales, el precio de las drogas para los usuarios permanece estabilizado o se mantiene a la baja, los problemas asociados al consumo de drogas no han disminuido, y la disponibilidad de drogas ilícitas en los mercados no se ha reducido. En Estados Unidos, el mayor mercado nacional de consumo de drogas ilícitas, si bien ha disminuido el número de consumidores eventuales, a la vez ha aumentado el número de consumidores crónicos, lo que implica un deterioro en la dimensión sanitaria del problema.

En las estimaciones respecto de la economía de las drogas, se calculan transacciones por alrededor de 500 a 600 mil millones de dólares al año. La fiscalización y penalización del blanqueo de ese dinero es parte de las políticas de control de los gobiernos nacionales, pero hasta la fecha los logros en este campo han sido reducidos.

---

<sup>1</sup> Esta parte ha incorporado información que la CEPAL expuso en el documento Aprendiendo de la experiencia: propuestas para avanzar en la Política y el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, CEPAL, LC/R.1885, Santiago, abril de 1999.

Respecto de la oferta de drogas ilícitas, para el caso de la cocaína, cuyo mayor mercado es el norteamericano, cabe señalar que en la región andina hay una extensión de cultivos de coca con capacidad para producir 1000 TM anuales de cocaína. La producción de marihuana es generalizada en el mundo y constituye la droga ilícita de mayor consumo (ver Cuadro 1), y hay una fuerte tendencia al autoabastecimiento nacional, local y personal mediante cultivos domésticos. Desde la década de los setenta la producción de opio para elaborar heroína destinada a los Estados Unidos se ha extendido desde Asia a América Latina, y allí se ha expandido primero en México y Guatemala, y luego en Colombia y Perú. Se observa también un incremento en la producción de drogas de diseño, cuya versión más conocida y difundida es el MDMA (o éxtasis), y que resulta difícil de fiscalizar dada la facilidad de su elaboración y transporte.

**Cuadro 1**  
**TOTAL DE PERSONAS QUE HAN CONSUMIDO MARIHUANA AL MENOS UNA**  
**VEZ EL ÚLTIMO AÑO, POR REGIÓN, DÉCADA DE LOS NOVENTA**  
*(Estimaciones)*

Región	Total de consumidores	% de la población total
Africa	25 280 000	3.38
Asia	50 900 000	1.45
Europa	16 290 000	2.24
América Latina	26 340 000	5.37
América del Norte (excl. México)	19 180 000	6.48
Oceanía	3 240 000	11.17
<b>Global</b>	<b>141 230 000</b>	<b>2.43</b>

Fuente: Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes, doc. C/CN.7/1999/CPR.5, febrero 1999

## B. La institucionalidad global frente al problema de las drogas

En el contexto del Sistema de las Naciones Unidas, existen tres instrumentos internacionales sobre la fiscalización internacional de drogas, a saber: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1972; y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Los órganos internacionales consagrados en materia de fiscalización y seguimiento son la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC).

Las principales disposiciones para el control internacional al tráfico de drogas de la Convención de 1988, que se agregaron a los anteriores acuerdos multilaterales de las Naciones Unidas, fueron las siguientes: i) la penalización del consumo, ii) la penalización del lavado de dinero, iii) la extradición de acusados por narcotráfico y iv) la cooperación judicial internacional -aporte e intercambio de pruebas-.

El tema de las drogas también ha tenido fuerte presencia en las Cumbres presidenciales hemisféricas a lo largo de la década de los noventa. Así, en la Cumbre de Miami, en 1994, se planteó la construcción de un sistema integral y consensuado de derechos y responsabilidades para enfrentar el consumo indebido de drogas y los problemas conexos. Y en la Cumbre de Santiago, en 1998, se adoptaron un Plan de Acción para los próximos años, y un sistema de evaluación imparcial y técnica de los avances del mismo, bajo la dirección de la CICAD, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de Estados Americanos (OEA).

De allí en adelante se ha ido consolidando un consenso en torno a: i) la cooperación multilateral y bilateral, desplazando el mecanismo norteamericano unilateral de certificación hacia



otro de arbitraje consensuado y técnico, vía CICAD principalmente (ver Recuadro 1); ii) el control hemisférico, vale decir, la preeminencia de un horizonte regional (las Américas sobre todo, pero también el hemisferio que incluye la Unión Europea); y iii) un enfoque integral que considere todos los aspectos que van de la oferta a la demanda de drogas ilícitas y delitos conexos, y que permita ampliar la comprensión del problema desde el nivel hemisférico.

También el Período Extraordinario de Sesiones sobre Drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en junio de 1998, constituyó una inflexión del consenso internacional marcado por el paso de criterios unilaterales a formas de cooperación bilateral y multilateral, y formas de evaluación multilateral; el cambio desde un mayor énfasis en el control de la oferta y del tráfico hacia un enfoque balanceado que considera igualmente relevante la prevención de la demanda; el paso a responsabilidades compartidas entre gobiernos para enfrentar mancomunadamente un problema que atraviesa fronteras; y el pleno respeto, en las acciones a tomar, del Derecho Internacional, la soberanía nacional y los Derechos Humanos.

Además, y tal como quedó acordado en las reuniones preparatorias al Período Extraordinario de Sesiones, la agenda internacional frente al problema de las drogas contempla lo siguiente: un acuerdo para eliminar o reducir significativamente para el 2008 los cultivos ilícitos de cannabis, coca y adormidera; el compromiso de los gobiernos para reforzar provisiones contra el lavado de dinero ya dispuestas en la Convención de 1988, para los próximos cinco años; consenso para atacar problemas asociados a la producción y difusión de drogas sintéticas, y para controlar el desvío de precursores químicos hacia actividades ilícitas; la cooperación judicial intergubernamental (asistencia legal mutua, extradición y cooperación marítima); y un enfoque integral para la sustitución de cultivos, con mayor apoyo de recursos.

El nuevo consenso que proclama mayor equilibrio entre políticas de combate a la oferta y de reducción de la demanda también permite combinar las políticas represivas frente a la producción y tráfico de drogas, con políticas sanitarias ante los problemas que presentan los consumidores de drogas. Responde, en este sentido, al llamado de muchos gobiernos a diferenciar claramente entre una política de control consagrada a lidiar con la oferta a gran escala, y una política de salud y asistencia efectiva para atender a las víctimas, en este caso los drogodependientes. Esto, con el objeto de optimizar la eficacia en el uso de los recursos, focalizar la coacción donde tiene mayor impacto sobre la oferta, y privilegiar la atención sanitaria donde los daños a la salud son mayores.

El nuevo énfasis en la reducción de la demanda, encarnado en la Declaración sobre Reducción de la Demanda aprobada en el reciente Período Extraordinario de Sesiones ya mencionado, tiene implicancias tanto respecto del contenido de la política como de la asignación de los recursos movilizados frente al problema de las drogas. Importa profundizar y focalizar eficientemente recursos para la reducción de la demanda (prevención y rehabilitación), a la vez que mantener un claro enfoque sanitario toda vez que se considera la reducción de la demanda ya existente (los consumidores actuales de drogas ilícitas), y debe establecerse la clara separación entre los problemas de salud y educación, por un lado, y de control y fiscalización, por el otro.

### **C. Los enfoques frente a las drogas**

En el campo de los paradigmas académicos que han devenido en doctrinas sociales para el manejo del problema del uso indebido y consumo abusivo de sustancias psicoactivas, dos grandes vertientes contrastan: aquella que propugna una “sociedad libre de drogas” y la doctrina que postula la “reducción del daño” y del riesgo entre quienes hacen uso de las drogas. Ninguno de estos dos paradigmas encarna los extremos del prohibicionismo o del antiprohibicionismo, y en ambas tendencias hay diversas gradaciones. Para considerar la investigación académica en el desarrollo de instrumentos de política, es necesario contar con la información actualizada y los elementos para comparar éxitos y fracasos de las posiciones en curso.

**EL MECANISMO DE EVALUACIÓN MULTILATERAL DE LA CICAD**

Durante su Vigésimo Sexto Período Ordinario de Sesiones desarrollado en Octubre de 1999, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, aprobó formalmente el Mecanismo de Evaluación Multilateral. Sobre los principios de respeto a la soberanía, la jurisdicción territorial y el orden jurídico interno de los Estados, así como de la reciprocidad, responsabilidad compartida, integralidad y equilibrio en el tratamiento del tema, se estableció este mecanismo como parte de un proceso único y objetivo de evaluación gubernamental, de carácter multilateral, para dar seguimiento a los esfuerzos hemisféricos por erradicar la droga y sus efectos sobre las Américas.

Este proceso de evaluación multilateral se definió a partir de los siguientes objetivos: lograr la plena aplicación de la *Estrategia Antidrogas* en el Hemisferio; fortalecer la confianza mutua, el diálogo y la cooperación hemisférica para hacer frente con mayor eficiencia y eficacia a los diversos aspectos del problema mundial de las drogas; dar seguimiento a los esfuerzos hemisféricos de todos los países participantes en el Mecanismo, indicando tanto los resultados obtenidos como los obstáculos enfrentados por los países; apoyar a los Estados miembros en la ejecución de sus planes nacionales, contribuir al fortalecimiento de sus capacidades para hacer frente al problema, y propiciar el desarrollo de programas de asistencia técnica y capacitación e intercambio de experiencias de acuerdo con las necesidades de cada uno de ellos; producir informes periódicos sobre la situación del problema en los países y en el hemisferio; fortalecer la cooperación multilateral como la vía para asegurar la evaluación objetiva de los esfuerzos de los Estados miembros para enfrentar el problema de las drogas; y promover, a través de la CICAD, el fortalecimiento de la cooperación y la coordinación con otras regiones, con las Naciones Unidas y otras entidades internacionales.

Para la consecución de estos objetivos se presentó el siguiente plan de trabajo. En primer lugar, los países a ser evaluados facilitarán información en respuesta a un cuestionario uniforme, cuyos indicadores están divididos en cinco categorías principales: planes y estrategias nacionales; prevención y tratamiento; reducción de la producción de drogas; medidas de control e interdicción; y costo del problema de las drogas. Complementariamente, se establece que cada país presentará además un documento elaborado por su gobierno sobre la situación del problema de las drogas en su territorio, ilustrando los logros, las dificultades y las áreas en las que la cooperación deberá ser fortalecida.

Sobre la base de la información recogida mediante estas dos fuentes, un Grupo de Expertos Gubernamentales (GEG) conformado por expertos de los 34 estados miembros llevará a cabo evaluaciones país por país, cuyos borradores finales se elevarán a la Comisión para su consideración y aprobación final, guardándose el GEG la responsabilidad de elaborar un informe hemisférico periódico y una propuesta con recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la cooperación y de la capacidad de los Estados de enfrentar el problema de las drogas, estimulando al mismo tiempo la asistencia técnica y los programas de entrenamiento como parte de los esfuerzos antidrogas en general.

Los principales supuestos en debate por esos paradigmas son los siguientes: i) si el problema a resolver y tratar es todo tipo de consumo de drogas o solamente aquellas formas problemáticas o a las personas problematizadas por el consumo, ii) si una postura permisiva aumentará cualquier tipo de consumo, y iii) si una postura permisiva disminuirá el consumo problemático y sus consecuencias familiares, comunales y sociales.

La posición por una sociedad libre de drogas postula que se debe impedir el consumo porque éste tiende a incrementarse y hacerse problemático, pasando en muchos casos desde el uso recreativo a la dependencia y de allí a la adicción, generando altos costos personales y sociales. Conforme a ese criterio, la prohibición es considerada la medida preventiva más efectiva y su protección penal se hace para defender a la sociedad.

La posición de reducción del daño afirma que, al permitir formas no problemáticas de consumo, no se favorece necesariamente un aumento de los usuarios entre la población; pero que si así sucediera ese consumo sería menos problemático en términos sanitarios, sociales y criminales que en las actuales condiciones de prohibición, permitiendo atender de manera oportuna y segura a aquellas personas que están en riesgo o padecen serios problemas por el consumo de drogas. Es

decir, se sigue el mismo esquema que el empleado para tratar los problemas derivados del consumo abusivo o problemático del alcohol y el tabaco.

Para efectos de comparación y disposición de un abanico mayor de alternativas, es importante señalar que, aun existiendo consenso en las plataformas globales a futuro para enfrentar los problemas de control de drogas ilícitas, algunos gobiernos<sup>2</sup> centrales, departamentales o municipales impulsan programas y políticas que difieren respecto del criterio más generalizado en la materia. Las principales características en estos casos se mencionan a continuación:

- Desde la década de los setenta las autoridades de los Países Bajos no persiguen la provisión de marihuana y sus derivados, utilizando el principio de la oportunidad de la acción penal, conforme al cual los organismos represivos interpretan la legalidad conforme a riesgos y daños que presenta la contingencia.
- En España e Italia no está penalizado el consumo, como tampoco lo está en algunos países latinoamericanos.
- Las autoridades municipales y policiales de algunas grandes ciudades del mundo se abstienen de perseguir el consumo de drogas.
- Las autoridades de varias ciudades europeas, así como los gobiernos de Holanda y Suiza, han recurrido a la distribución controlada de opiáceos o sus sustitutos sintéticos –metadona- como parte de la estrategia de reducción del daño para tratar a los drogodependientes.
- El uso de estrategias de reducción del daño para controlar la demanda de drogas en importantes ciudades de Europa ha acompañado al creciente proceso de municipalización del manejo del problema de las drogas.
- En dos estados de la Unión Americana, Arizona y California, por medio de plebiscitos se aprobó el uso médico de la marihuana.
- El gobierno federal de los Estados Unidos de América ha autorizado la distribución de jeringas para los usuarios de heroína, sin permitir el uso de fondos federales para tales fines.

---

<sup>2</sup> Entre ellos cabe mencionar, a modo de ejemplo, Países Bajos, Gran Bretaña, Suiza, Nueva Zelanda y Australia.

## II. El diagnóstico del problema de drogas en América Latina

---

### A. Producción de la droga

La producción de drogas ilícitas ha estado caracterizada por la expansión o el desplazamiento continuos de áreas agrícolas destinadas a la misma. Grandes poblaciones de campesinos e indígenas se han incorporado a los cultivos ilícitos del narcotráfico, y esta situación se mantiene debido a que la rentabilidad de los cultivos lícitos sigue siendo negativa, mientras que la producción de marihuana, coca y amapola permite mayores ingresos económicos. Tan sólo en Bolivia se estima que la actividad vinculada a la economía de la coca genera alrededor de 135.000 empleos, lo que equivale a un 6.4% del empleo del país (CEPAL, 2000).

El fracaso de la mayoría de los programas de sustitución de cultivos se debe a las dificultades para enfrentar los altísimos costos de oportunidad que enfrentan los campesinos al sustituir sus cultivos de coca por otros productos agrícolas<sup>3</sup>.

Las mayores dificultades para la sustitución de cultivos radican en la brecha de precios entre productos lícitos y drogas ilícitas, pero también en la falta de acceso de los campesinos e indígenas a crédito,

---

<sup>3</sup> Sin embargo, se sostiene que los campesinos colombianos -a diferencia de los intermediarios y traficantes de drogas- no han mejorado sustancialmente sus niveles de vida ya que se ha confirmado que sus ingresos no son mayores que los derivados de los productos agrícolas tradicionales (Ruiz, 2000).

tecnología y mercados oportunos para sus productos tradicionales, y a los problemas asociados al acceso a la tierra por parte de los pequeños agricultores. Los problemas de mercado agrícola se dan en el ámbito de las economías locales y nacionales pero también en el ámbito global, donde la protección y subvención a los productos agrícolas en países industrializados torna muy difícil ampliar mercados de los mismos productos desde los países de la región. Por otro lado, la producción de hoja de coca por pequeños productores, si bien constituye el eslabón menos rentable en la cadena de comercialización de la coca - cocaína, tiene de antemano su venta asegurada a las redes ilegales del tráfico de drogas. Las dificultades para expandir opciones de desarrollo alternativo al cultivo de la coca destinada a mercados ilegales de cocaína, tienen, pues, este carácter más estructural. Mientras no se aborden tales dificultades, será muy difícil reducir los costos de oportunidad en la sustitución de cultivos ilegales por cultivos de otros productos.

En países como Colombia, Perú, Bolivia y otros en menor medida, la población indígena y campesina es utilizada por los narcotraficantes para el cultivo de coca, marihuana y amapola, dadas sus necesidades económicas y los problemas de la colocación de sus productos en el mercado. Los tres países mencionados son los principales productores de hoja de coca en el mundo con una producción anual estimada de 550 toneladas de cocaína al año. "Colombia es el único de los tres países andinos que presenta la característica de ser productor y exportador de tres de las principales sustancias narcóticas, en razón de diversas condiciones que han favorecido el desarrollo de los cultivos ilícitos" (Paredes, 1999).

En el caso de Bolivia, el área del Chapare, donde se concentra la coca cultivada para su procesamiento en cocaína y pasta base, permaneció relativamente estable desde 1988 y ha registrado una disminución significativa en los últimos dos años. Correlativamente, Colombia ha registrado un aumento de cultivo de coca para el mercado ilegal de drogas en los últimos años, superando fuertemente la producción boliviana y, en los últimos dos años, a la peruana. Esto ratifica lo que es ya conocido respecto de la economía de la droga, a saber, su dinamismo y adaptación según condiciones de control, nichos de mercado y reducción de costos. Así, a medida que se logra mayor control sobre ciertas áreas de producción y tránsito, los agentes de la economía ilegal abren otras áreas.

En la selva media y alta de Perú, el estado de abandono y pobreza existente, las condiciones ecológicas y climáticas, la limitada articulación con los mercados, la baja rentabilidad de la producción, la carencia de alternativas económicas y la presencia de las mafias internacionales dedicadas al tráfico ilícito de drogas, han promovido una producción de hoja de coca excedentaria<sup>4</sup>. Estos factores predisponen al productor agrícola a orientar su actividad económica al cultivo de coca como única opción que le permite procurar los recursos indispensables para garantizar su supervivencia familiar y colectiva<sup>5</sup> (Perú, Contradrogas, 1999).

Sin embargo, en Perú el peso relativo de la industria de la coca disminuyó, lo cual tiene distintas explicaciones. La primera es que el control aéreo y la represión al narcotráfico bajo el gobierno de Fujimori fueron tan eficientes que redujo sustancialmente las exportaciones ilícitas. La segunda señala que el ajuste económico y sus correlatos en la economía agrícola fueron tales que los costos de producción locales quedaron por encima de los precios ilícitos internacionales. A esto se agrega, en el escenario internacional, que los carteles mexicanos desplazaron a los colombianos del tráfico internacional luego del desmantelamiento de los carteles de Medellín y Cali, con lo cual el narcotráfico colombiano se abocó a la producción de cocaína y a controlar directamente la producción agrícola de la materia prima. Así el aumento de cultivo en Colombia y la relación

---

<sup>4</sup> Se estima que la demanda con fines tradicionales estaría cubierta con la producción de aproximadamente 8.000 hectáreas de dicho cultivo. Sin embargo, se ha estimado que en 1998 existían 51.000 hectáreas de hoja de coca en producción.

<sup>5</sup> Para el campesino la venta de hoja de coca con fines ilícitos constituye su única fuente de ingresos monetarios, en la mayoría de casos.

internacional de precios de cultivo habría determinado una baja en el peso relativo de la industria de la coca en Perú.

La destrucción de cultivos ilegales ha sido una de las respuestas de los países frente al crecimiento de la producción de los cultivos ilegales. En Colombia, pese a que las fumigaciones de plantaciones de coca han aumentado sustancialmente durante la segunda mitad de la década de los 90, como también lo han hecho los decomisos de cocaína, las hectáreas fumigadas son rápidamente sustituidas por la economía ilegal de la coca, que expande su frontera agrícola hacia la Amazonia (véanse Cuadros 2 y 3).

**Cuadro 2**  
**COLOMBIA 1994-1998: FUMIGACIÓN DE COCA E INCAUTACIÓN DE COCAÍNA**

Colombia	1994	1995	1996	1997	1998	Porcentaje de variación 1994-1998
Incautación de cocaína (Kilos)	27 501	27 995	26 578	45 948	78 077	183.9
Fumigación de Coca (hás.)	4 904	25 402	23 025	44 124	69 155	1310.2

Fuente: CEPAL, 2000.

**Cuadro 3**  
**REGIÓN ANDINA 1994-1998: CULTIVOS Y RENDIMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE COCA**

Identificación de cultivos de coca (hectáreas)						
Países	1994	1995	1996	1997	1998	Porcentaje de variación 1994-1998
Bolivia	48 100	48 600	48 100	45 800	38 000	-20.9
Colombia <sup>a</sup>	45 000	50 900	67 200	79 500	78 200	73.7
Perú	108 600	115 300	94 400	68 800	51 000	-53.0
<b>Total</b>	<b>201 700</b>	<b>214 800</b>	<b>209 700</b>	<b>194 100</b>	<b>167 200</b>	<b>-17.1</b>
Rendimientos de cultivos						
Bolivia	1.87	1.75	1.56	1.53	1.39	-0.48
Colombia <sup>a</sup>	0.80	0.80	0.80	0.80	0.82	0.02
Perú	1.52	1.59	1.85	1.89	1.87	0.35
<b>Total</b>	<b>1.44</b>	<b>1.44</b>	<b>1.45</b>	<b>1.36</b>	<b>1.27</b>	<b>-0.17</b>

Fuente: CEPAL, 2000

<sup>a</sup> Las cifras para Colombia en 1998 se estimaron sobre la base de la Operación Interinstitucional de Detección de Cultivos Ilícitos.

La información del Cuadro 3 confirma lo señalado respecto a la importancia de la producción de coca en los países andinos. La evolución a partir del año 1994 indica que los cultivos han crecido de manera importante en Colombia y han sido decrecientes en Bolivia y Perú. Asimismo el rendimiento de los cultivos ha aumentado en Perú y en menor escala en Colombia, y ha disminuido fuertemente en Bolivia. Esta situación responde al mejoramiento tecnológico y de insumos que inciden en el rendimiento de los cultivos. Los informes muestran además una tendencia creciente de hectáreas de cultivos, estimándose para Colombia en 1998 una extensión de 78 200 hectáreas sembradas de coca, 7 350 de amapola (véase Cuadro 4) y 5 000 de marihuana (ésta última destinada principalmente al consumo interno, Thoumi, 1997).

**Cuadro 4**  
**COLOMBIA 1996-1998 IDENTIFICACIÓN DE HECTÁREAS DE PRODUCCIÓN DE AMAPOLA**

Año	Amapola	
	Identificación Hectáreas	% Variación
1996	6.300	-3.6
1997	6.600	4.7
1998*	7.350	11.4

Fuente: CEPAL, 2000

\* La cifra de 1998 es de la Policía antinarcoóticos con base en la Operación interinstitucional de detección de cultivos ilícitos.

Finalmente cabe señalar que la expansión de cultivos ilícitos tiene un impacto ambiental adverso. Como en el caso de cualquier cultivo que se expande en zonas de Amazonía, Orinoquía o en páramos bajos, el cultivo de coca y amapola supone la tala de bosques para su instalación, por lo cual resultan depredadores de tierra y agua. Además, las actividades agrícolas modernas (incluidas las ilícitas) son contaminantes a causa del uso de pesticidas y otros insumos químicos. En el caso de los cultivos ilícitos debe agregarse el efecto contaminante del procesamiento en terreno de la materia prima, sea para la producción de pasta base de cocaína o de base de heroína. Dados estos problemas, en la actual política frente a las drogas del gobierno de Colombia, el componente ambiental tiene como objetivo fomentar la conservación ecológica y el desarrollo integral sostenible en regiones de cultivos ilícitos. Las metas son restaurar, detener y monitorear áreas frágiles, ecosistemas estratégicos, reservas naturales y áreas críticas afectadas por los cultivos ilícitos.

## B. Tráfico de drogas

### 1. Los itinerarios del tráfico en América Latina y el Caribe

El principal problema que afecta a América Latina en materia de tráfico de drogas es la exportación de cocaína, dado que la totalidad de dicho producto se produce en la región. Se estima que aproximadamente la mitad de la producción total de cocaína de América del Sur destinada a los mercados mundiales pasa por el Caribe; de ese total alrededor de un 35% va con destino a los Estados Unidos, mientras que el 65% a Europa. Pero en ambos casos la droga transita por el Caribe ya sea por vía marítima o aérea. En la zona del Caribe existe un amplio intercambio comercial marítimo y aéreo entre Puerto Rico y toda una cadena geográfica donde convergen traficantes de diversas nacionalidades. Además, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Americanas son los puertos más cercanos de los Estados Unidos. De esta forma la zona del Caribe sigue siendo la ruta más significativa para el transporte de drogas desde América del sur a los Estados Unidos (White House, 1997).

La marihuana es la única droga cultivada en la región del Caribe y en los últimos cinco años han aumentado las incautaciones tanto de cocaína como de marihuana en la región de América Central, salvo en El Salvador. Haití, que tiene una frontera casi abierta con la República Dominicana, se está convirtiendo en el punto de tránsito más importante después de Puerto Rico. La cocaína llega por dos principales rutas: directamente desde Colombia, o bien pasando por Panamá.

Últimamente se puede comprobar una modificación de las rutas seguidas por los traficantes que transportan la droga desde los llanos occidentales de Colombia hasta el Caribe pasando por Venezuela, utilizando conjuntamente la ruta del Pacífico, que facilita el acceso a las pistas de aterrizaje situadas en América Central.

En los últimos años los colombianos se han radicado en Haití, donde han establecido un centro de mando y control operando de manera conjunta con la República Dominicana y Puerto Rico, como centros de importación, almacenamiento y exportación de drogas a los Estados Unidos. Haitianos y dominicanos han pasado a ser importantes transportistas y manejan desde ahí sus operativos en la región del Caribe. De los arrestos que la policía realiza en el Caribe, el 75% corresponde a dominicanos y puertorriqueños, siendo estos últimos los encargados de recibir y distribuir los cargamentos (sobre todo desde Colombia), manejando el 80% de los mismos con fines de introducirlos a Estados Unidos y Europa. El 20% restante queda como pago por el transporte, lo que ha provocado un alto crecimiento de la delincuencia y los crímenes por el aumento de la distribución interna de las drogas (República Dominicana, 1999). Como consecuencia, las redes de narcotráfico se han extendido hacia otros países del hemisferio para operar en ellos y agilizar el comercio y la producción de drogas, produciéndose un fenómeno de diversificación de los canales de comercio ilegal.

La cocaína entra clandestinamente a los mercados de Estados Unidos; algunas veces es llevada primero a México o a Canadá, desde donde es más fácil transportarla a los Estados Unidos. Desde Colombia la cocaína es enviada por vía aérea y marítima principalmente a los países de Europa y África (para su posterior distribución en Europa y el Mediterráneo), a Rusia y a países de la zona del Pacífico como Australia y Japón.

En lo que respecta a Colombia, dada su condición bioceánica y su proximidad a las líneas de comunicaciones marítimas del Caribe y el Océano Pacífico, reúne condiciones que resultan propicias para el tráfico de estupefacientes. Finalmente Brasil ha sido explotado como país de tránsito, dada su gran red fluvial amazónica, el tamaño del territorio y, con ello, la disponibilidad de espacios de tránsito poco controlados.

La situación geográfica de Costa Rica, en el centro de América, entre países productores y países consumidores, la coloca en una posición vulnerable como país de tránsito y bodega, no solamente por las fronteras terrestres con Panamá y Nicaragua, sino por las fronteras marítimas del Caribe. Otra ubicación estratégica utilizada por las organizaciones del narcotráfico es México por su ubicación geográfica, que se utiliza como punto de tránsito de drogas hacia los Estados Unidos. En Cuba, la situación no es menor, y constantemente se ve afectada por operaciones de narcotráfico internacional en áreas del Caribe.

La necesidad de desarrollar nuevas rutas de exportación es permanente y se presenta un cambio constante en las rutas para disminuir riesgos. También las redes de narcotráfico se han extendido hacia otros países del hemisferio para operar en ellos y agilizar el comercio y la producción de drogas, produciéndose un fenómeno de diversificación de los canales de comercio ilegal. Así, países como Brasil, Argentina, Venezuela y Chile han cobrado mayor presencia como países de tránsito para el tráfico de drogas con destino a Europa y América del Norte. Dentro de este mapa geográfico, Brasil es uno de los países principales en lo que respecta a cantidades transportadas.

## **2. Contexto social del tráfico de drogas en la región**

La economía de las drogas ilícitas en la región se muestra especialmente difícil de suprimir por cuanto resulta muy lucrativa para sus agentes, genera una cantidad importante de empleo directo en actividades conexas e indirecto en lavado de dinero, y no tiene competencia en cuanto a la retribución que obtienen las personas que participan en esa actividad.

Los actores involucrados en el tráfico son muy diversos, y van desde los grandes traficantes transnacionales hasta los microtraficantes instalados en las ciudades latinoamericanas y que abastecen directamente al consumidor local. El Grupo de acción especial contra el lavado de dinero (FATF), compuesto por la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED),



la Unión Europea (UE) y el Consejo de Cooperación del Golfo (CCG) identifica en la región latinoamericana y caribeña a Panamá, Dominica, las islas Bahamas, St. Christopher y Nevis y San Vicente y las Granadinas entre una lista de 15 países que presuntamente sirven como paraísos fiscales para blanquear dinero de dudosa procedencia. Aun cuando se reconocen las dificultades de la detección del lavado de dinero, así como la carencia de un cuerpo jurídico eficiente y de mecanismos de acción coordinada entre naciones para combatirlo, en la región diversas medidas legislativas y de control se han desarrollado para evitar el lavado de dinero (véase nuevamente sección I).

En el nivel local del microtráfico destaca una creciente participación de mujeres de bajos ingresos y de menores, lo cual genera problemas judiciales y penales que no tienen precedentes. En zonas de baja presencia o control del Estado, el microtráfico se constituye fácilmente en una estrategia de supervivencia adoptada por mujeres con jefatura de hogar e incluso por personas de tercera edad de escasos recursos. Muchas personas de bajos ingresos terminan abandonando sus ocupaciones previas dado que el tráfico de drogas ilegales le provee ingresos sustancialmente mayores.

En muchos enclaves urbanos de América Latina, el tráfico de drogas genera o refuerza una cultura de la ilegalidad que corroe las normas mínimas de sociabilidad. De esta manera la violencia originada en factores políticos y económicos ha sido reforzada por violencias generadas en actividades criminales, especialmente por el narcotráfico. En Colombia se sostiene que en los últimos años los narcotraficantes han propiciado dos clases de violencia: una violencia propia del negocio ilegal contra el Estado y sus agentes, y una violencia por la posesión de la propiedad agraria contra los campesinos (Acosta, Castaño y Sarmiento, 2000). Se estima que entre una cuarta parte y la mitad de los hombres que cometen actos de violencia doméstica tienen también problemas de toxicomanías. Las mujeres que abusan de las bebidas alcohólicas y otras drogas tienen también más probabilidad de ser víctimas de violencia doméstica que las que no abusan del alcohol ni las drogas (Conace, 1999a).

En esta cultura el crimen se extiende como mecanismo de resolución de conflictos, los consumidores de bajos recursos se incorporan al tráfico para proveerse de drogas, los barrios de mayor tráfico devienen más violentos e inseguros, y aumenta la percepción de inseguridad de los habitantes. Actualmente, tal como el gran tráfico constituye una permanente amenaza de corrupción a estamentos públicos y financieros por los altos montos de dinero que maneja, el microtráfico constituye una permanente amenaza a las normas básicas de convivencia en los sectores donde se concentra.

## **C. El consumo de drogas**

### **1. Consumo de droga y vulnerabilidad social**

El problema del consumo afecta principalmente a la población juvenil en todos los países de la región y, dentro de ésta, a los varones mucho más que a las mujeres. Las encuestas de consumo muestran, contrariamente a lo que la opinión común supone, que el consumo de drogas ilícitas se distribuye de manera bastante equitativa entre jóvenes de distintos niveles socioeconómicos. Por otro lado, los estudios más cualitativos, sobre todo cuando combinan el estudio del consumo de drogas con otras variables de calidad de vida, muestran que los jóvenes urbanos de sectores de bajos ingresos son los más vulnerables a los daños generados por el consumo: deterioro fuerte de la autoestima, problemas graves de sociabilidad, merma irreversible en el rendimiento escolar o laboral (con deserción y abandono del empleo), y desintegración familiar.

El consumo indebido de drogas conlleva obstáculos para el desarrollo psicosocial y de habilidades que favorecen la participación y aceptación social del individuo. Por ende, refuerza

patrones de exclusión social. Las situaciones más agudas y que más requieren de acciones de prevención y apoyo son aquellas donde la adicción de los consumidores llevan al deterioro físico, psíquico, emocional, o también a la pérdida de vínculos y la clausura en opciones de inserción social. Sin embargo, debe considerarse que estos problemas son al mismo tiempo causa y consecuencia en relación con el consumo problemático de drogas. La precaria inserción laboral o educacional, la falta de acceso oportuno a servicios de salud, y la carencia de mecanismos de contención en el espacio familiar y comunitario, son factores de riesgo en el consumo de drogas. En otras palabras, los mayores factores de riesgo en el consumo de drogas son, además de los rasgos psicológicos y afectivos individuales, aquellos factores propios de la exclusión social y la reproducción de la pobreza.

Uno de los problemas para enfrentar desde una perspectiva sanitaria o psicosocial el consumo problemático de drogas, es que tanto la prohibición del consumo, como el tratamiento del problema en los medios de comunicación de masas que estigmatizan al consumidor, hacen difícil localizar a los consumidores problemáticos. Las imágenes del consumidor - delincuente, del consumidor - parásito o del consumidor - contagioso, que tanto penetran en la sensibilidad general y se difunden por los medios de comunicación de masas, surten un efecto negativo sobre el problema social del consumo de drogas: mantiene la opacidad respecto de dónde es más grave el problema, y hace que un bajo porcentaje de adictos recurra efectivamente a los servicios de salud. Se genera un tipo de reacción social que los aísla del contacto social y familiar, agravando la situación de los consumidores en lugar de facilitar su recuperación.

El consumo de drogas ilícitas está difundido en toda la región, y no existe mayor prevalencia de consumo en los países productores. Así, por ejemplo, Bolivia es el tercer país productor de coca y, no obstante, sus niveles de consumo de cocaína son mucho más bajos que otros países de la región que sólo consumen dicha droga. Por otra parte, el problema del consumo de drogas ilícitas es mucho menor que el vinculado con el consumo de alcohol y tabaco, incluso en la población que, por características etarias, de género y de inserción social, es propensa a consumir drogas ilícitas (ver Cuadros 5, 6 y 7). Tanto en términos de prevalencia estadística del consumo, como de los daños que genera en el conjunto de la sociedad, el alcohol es sin duda la droga más problemática en la región.

Debe considerarse, además, que entre las distintas drogas ilícitas que se consumen, unas tienen una tasa mucho más alta de consumidores problemáticos que otras (por ejemplo, la pasta base de cocaína frente a la marihuana). En cuanto a prevalencia en el consumo, la marihuana es la que presenta una mayor prevalencia, seguida por la cocaína y sus derivados; los inhalables se ubican en un tercer lugar y los alucinógenos y la heroína son drogas que presentan un índice menor de consumo y tráfico.

**Cuadro 5**  
**AMÉRICA LATINA ALREDEDOR DE 1996 (8 PAÍSES): POBLACIÓN**  
**MAYOR DE 12 AÑOS QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS**  
*(porcentajes)*

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>Último año</b>	<b>Último mes</b>
Bolivia	1992	68.7	58.9	42.1
Chile	1996	83.7	70.3	46.7
Colombia	1996	...	59.8	35.2
Costa Rica	1995	62.3	40.3	24.8
México	1993	74.6	51.6	42.9
Paraguay	1991	36.5	31.6	25.8
Perú	1997	84.6	74.2	40.7
Venezuela	1996	80.5	66.0	28.8

**Fuente:** OPS. La Salud en las Américas. 1998.

\* Niveles de consumo en países determinados según diversas encuestas

**Cuadro 6**  
**AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES) PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS EN LA**  
**POBLACIÓN MAYOR DE 12 AÑOS, ALREDEDOR DE 1996**  
 (porcentajes)

Países	Año	Alguna vez			Ultimo año			Último mes		
		Marihuana	Cocaína	Pasta de coca	Marihuana	Cocaína	Pasta de coca	Marihuana	Cocaína	Pasta de coca
Bolivia	1994	2.5	1.2	...	0.6	0.2	0.3	0.2	0.1	0.2
Chile	1998	16.7	4.0	2.2	4.7	1.3	0.8	1.9	0.4	0.3
Colombia	1996	5.4	1.6	1.5	1.1	0.4	0.3	...	...	...
Costa Rica	1995	3.9	0.9	...	0.5	0.2	...	0.3	0.1	...
México	1993	3.3	0.5	...	0.5	0.2	...	0.2	0.1	...
Paraguay	1991	1.4	0.1	...	1.4	...	...	...	...	...
Perú	1997	6.4	1.9	3.1	1.0	0.2	0.7	0.6	0.1	0.5
Venezuela	1996	3.2	1.5	0.7	1.7	0.7	0.4	1.0	0.5	0.3

**Fuente:** OPS, 1998, La salud en las Américas, para Chile, CONACE. Los datos no son comparables dadas las diferencias en metodologías de medición.

**Cuadro 7**  
**AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES) POBLACIÓN MAYOR DE 12 AÑOS QUE**  
**CONSUME TABACO, ALREDEDOR DE 1996**  
 (porcentajes)

País	Año	Alguna vez	Último año	Último mes
Bolivia	1992	46.8	34.1	24.9
Chile	1996	70.2	47.5	40.4
Colombia	1996	38.8	25.9	22.2
Costa Rica	1995	35.2	18.3	17.5
México	1993	45.4	...	25.1
Paraguay	1991	...	...	24.3
Perú	1997	62.1	42.0	31.7
Venezuela	1996	31.8	25.7	24.4

**Fuente:** OPS, 1998.

\* Informes provenientes de los países.

## 2. Consumo de drogas en seis países de América Latina

El perfil de consumo de drogas puede desglosarse en distintas variables contextuales, sea en relación con el tipo de droga, el patrón de consumo, la inserción social de los consumidores, y otros.

Para el caso de Costa Rica, las edades promedio de inicio en el consumo de marihuana, cocaína y crack eran, para 1995, 18.5, 22.1 y 24.4 respectivamente, y los consumidores eran en su mayoría varones. Entre 1990 y 1995, el consumo global de drogas (al menos una vez en la vida) se mantuvo prácticamente sin variaciones, con un aumento leve del consumo de marihuana, de 3.7 a 3.9% (Costa Rica, 1999). En 1995 la población estudiantil consumió principalmente drogas lícitas (alcohol 50,8% y tabaco 15,3%) (véase Cuadro 8). Las sustancias inhalables las consumió sólo un 0,8%, y el 0,6% de la población, consumió drogas ilícitas. En adolescentes de la calle, las drogas más consumidas fueron el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas, y de estas últimas el 53,8% consumió crack, el 31% cocaína y el 15,2% marihuana. En adolescentes infractores la droga más consumida fue el tabaco (78,8%), seguida por el alcohol (74,1%), presentándose también un elevado consumo de drogas ilícitas (33%). Del total de consumidores de drogas ilícitas en este subgrupo, el 40% consumió marihuana, el 27,6% crack y el 25,2% cocaína.

**Cuadro 8**  
**COSTA RICA (1995): PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**  
**EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN GRUPO ESTUDIADO**  
*(en porcentajes)*

Droga	Grupo de adolescentes estudiado			
	Estudiantes	Infractores	De la calle	En tratamiento
Alcohol	50.8	74.1	89.0	94.8
Tabaco	15.3	78.8	74.0	81.1
Tranquilizantes	2.2	33.8	2.0	14.6
Inhalables	0.8	56.3	2.0	21.9
Anfetaminas	1.4	22.5	1.0	13.4
Ilícitas	0.6	31.8	52.6	53.2

Fuente: Costa Rica Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Encuesta 1995.

En *Chile*, de acuerdo con estudios realizados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y la Fundación Paz Ciudadana, el 60% de los consumidores de pasta base de cocaína son hombres jóvenes, cuyo promedio de edad fluctúa entre los 14 y 24 años, pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, y habitualmente carecen de oficio. En el caso de la marihuana, sus consumidores generalmente son sujetos jóvenes de entre 14 y 35 años de edad, y la participación de las mujeres es mayor que en otras drogas, aunque ligeramente menor que en varones. El consumo de marihuana atraviesa todos los estratos sociales, y la mayoría de los consumidores desarrolla alguna actividad laboral, o bien estudia formalmente. En relación con la cocaína, sus consumidores son adultos jóvenes cuyo promedio de edad está entre los 20 y 40 años, pertenecen a un estrato social medio - alto y alto, en su mayoría tienen una actividad laboral estable, y la participación de las mujeres es cercana al 20%. Por último, en el caso de los fármacos, sus consumidores son preferentemente mujeres entre 14 y 45 años, y pertenecen a grupos económicos medio y alto. Durante el período 1994-1998 hay un aumento leve del consumo de drogas ilícitas, de 4.3% a 5.3%; el consumo de marihuana aumentó levemente de 4% a 4.7%, por su parte el consumo de pasta base aumentó de 0.6% a 0.8%; finalmente, el consumo de clorhidrato de cocaína tuvo el segundo aumento más significativo después de la marihuana, con prevalencias de 0.8% en 1996 y de 1.3% en 1998. Un estudio nacional sobre consumo de drogas ilícitas realizado en escolares muestra que el promedio de edad del primer consumo de marihuana es de 14.4 años, de pasta base 13.5 años y de 14.8 años para la cocaína (Conace, 1999b), y la droga más consumida es la marihuana, con pocas diferencias por sexo. (véase Cuadro 9).

**Cuadro 9**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN POBLACIÓN ESCOLAR CHILENA 1999**

Droga	Alguna vez en la vida			Último año		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Marihuana	23.3	20.2	21.7	20.3	17.3	18.8
Cocaína	5.0	4.1	4.5	3.7	2.9	3.3
Pasta Base	4.9	4.3	4.6	2.6	1.8	2.2
Cualquier droga ilícita	25.2	22.1	23.6	20.8	17.7	19.3

Fuente: Conace, 1999

En *Ecuador*, según la Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas realizada en 1995 (CONSEP-SEVIP), entre la población ecuatoriana el alcohol es la droga lícita con mayor prevalencia de vida, alcanzando al 76.4% de la población entre 12-49 años, seguida del tabaco con 51.6% y los medicamentos psicotrópicos con el 7.5%. En cuanto a drogas ilícitas, el mismo estudio revela que entre la población de 12-49 años la prevalencia - vida en el consumo de marihuana alcanza al 4.1% de la población, el clorhidrato de cocaína un 1.0%, la pasta base de cocaína un

1.0%, los inhalantes el 0.9%, las drogas vegetales 0.5% y las inyectables 0.1%. Del total de la población encuestada, la prevalencia de vida en el nivel nacional, cualquiera sea la sustancia consumida, alcanzó el 5.2%. A su vez, respecto del consumo por sexo, el 63% de los ingresos a salas de emergencia corresponde a hombres y el 37%, a mujeres, mientras que por grupos específicos de ocupación los más representados son las amas de casa (21%), seguidos por los estudiantes (19.5%) y los obreros de la construcción (13.3%), declarándose reincidentes el 45.2% de los consumidores en tratamiento.

En *México*, durante 1993 se aplicó una encuesta nacional a la población urbana entre 12 y 65 años. Los resultados indicaron que la prevalencia de vida en el consumo de cualquier tipo de droga fue de 3.9%. La marihuana sigue siendo la droga ilícita de mayor uso con una prevalencia de 3.3%; la cocaína y los inhalables se ubican en segundo lugar con 0.5%; y la droga menos consumida fue la heroína con una prevalencia de 0.1%. Por otra parte, la Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar realizada en 1991 reportó que las drogas más consumidas por la población escolar fueron el tabaco y el alcohol, consideradas drogas de inicio. La prevalencia - vida (consumo alguna vez en la vida) para la población escolar fue de 3.5% en el caso de los inhalables, 2.3% en las anfetaminas, 1.7% en los tranquilizantes y 1,5% en la marihuana (México, 1995).

En *Paraguay*, el alcohol es sin duda la droga más problemática, dado que la prevalencia alcanza en esta droga casi al 80% de la población; y su abuso (más de 100cc de alcohol absoluto en una oportunidad) afecta al 35,6% de la población de 12 a 45 años. En el grupo de sustancias ilícitas la prevalencia de vida más alta se observa en las sustancias inhalables, con un 1,9% de personas que manifestaron haber inhalado alguna vez con el propósito de experimentar sus efectos, seguida de la marihuana con el 1,4% de prevalencia, la cocaína con el 0,3%, los opiáceos con el 0,2% y los alucinógenos con el 0,1%<sup>6</sup>.

En *Perú* también el alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas. El *Programa Nacional de Prevención y Rehabilitación 1998–2002* asume como un hecho que la mayoría de las personas que han generado una dependencia de drogas ilegales comenzaron usando alcohol y tabaco, y que en la actualidad ambos sexos se inician más tempranamente que antes en el consumo de estas drogas en todas las clases sociales. Respecto de las drogas ilegales se reconoce que las más consumidas en el país son la marihuana, la pasta base de cocaína y el clorhidrato de cocaína. Para el caso de la marihuana, cerca del 6% de la población urbana estudiada ya comenzó a usarla entre los 12 y 14 años. Respecto del “consumidor promedio” de pasta base de cocaína, éste se inicia en su uso más probablemente entre los 15 y los 18, cursa la secundaria y cuenta con escasos recursos económicos. Por su parte, el patrón de consumo de clorhidrato de cocaína muestra una clara especificidad respecto de las otras drogas ilegales, siendo consumida principalmente por varones con educación superior y con una edad entre 30 y 39 años (CEPAL, 2000).

### **3. El consumo problemático en América Latina según datos clínicos**

Los datos que proveen los centros de tratamiento, distintos a los de encuestas de consumo y datos de las policías, permiten distinguir las drogas según el daño que ocasionan para la salud.<sup>7</sup> El alcohol y el tabaco, seguidos por la marihuana, son claramente las drogas de inicio más frecuentes de los pacientes atendidos en centros de tratamiento (véase Cuadro 10). Excepciones son Argentina,

<sup>6</sup> Estas cifras corresponden al estudio epidemiológico "Salud Mental y Hábitos Tóxicos en 10 ciudades del Paraguay", realizado por el Proyecto Marandú en el año 1991, en una muestra representativa de la población paraguaya entre los 12 a 45 años, y son la base informativa del Plan Nacional respecto del consumo.

<sup>7</sup> Un porcentaje bastante bajo de los consumidores adictivos están institucionalizados en centros de atención, pero de todos modos esta fuente estadística es la única que nos permite evaluar el problema de adicción a las drogas.

México y Venezuela donde el 42.9%, el 31.5% y el 44.1% de los pacientes respectivamente, se inició con la marihuana.

**Cuadro 10**  
**AMÉRICA LATINA 1998 (13 PAÍSES): PACIENTES POR DROGA DE INICIO,**  
**EN CENTROS DE TRATAMIENTO\***  
(porcentajes)

País	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Anfetamina	Bazuco	Inhalables	Tabaco	Tranquilizantes**	Crack
Argentina	18.6	42.9	25.7	5.7	2.9	1.4	-	1.4	-
Bolivia	47.6	14.5	4.9	0.2	4.4	17.7	9.3	0.7	-
Chile	43.6	32.1	6.4	2.9	8.6	-	5.0	1.4	-
Costa Rica	39.0	22.3	1.5	-	-	3.0	30.8	-	-
Ecuador	59.2	11.9	0.4	0.3	3.7	5.3	17.3	0.7	-
El Salvador	54.6	22.3	1.5	-	-	3.1	16.2	0.8	0.8
Honduras	74.8	9.2	-	-	-	2.3	7.3	-	-
México	25.2	31.5	10.5	0.2	-	16.8	9.2	2.2	-
Nicaragua	29.6	9.9	1.9	-	-	8.6	46.9	1.8	-
Panamá	53.5	19.0	6.6	0.4	-	1.3	19.0	-	-
Perú	54.4	8.9	-	-	3.8	1.3	30.4	-	-
Uruguay	37.2	19.4	4.1	2.0	-	9.7	25.5	1.5	-
Venezuela	25.1	44.1	14.2	-	5.1	0.7	7.0	0.1	1.9

Fuente: CICAD. "Resumen Estadístico sobre Drogas", 1999. Información recolectada por el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), 1998 ([www.cicad.oas.org](http://www.cicad.oas.org)).

\* Representan únicamente las drogas de impacto más comunes, por lo tanto la suma de sus porcentajes no necesariamente es igual a 100%.

\*\* Incluye sedantes, barbitúricos y flunitrazepán.

Sin embargo, las drogas ilícitas de *mayor impacto* en la salud son la cocaína, el crack, y entre las lícitas el alcohol. Sólo en El Salvador y en México la marihuana aparece como una droga de alto impacto (22.4% de pacientes atendidos por consumo de drogas en El Salvador y 19% en México) (véase Cuadro 11). Para el caso de la cocaína este índice alcanzaba el 43% en Panamá, el 25.2% en México, el 71.9% en Argentina y el 38.8% en Uruguay; mientras los atendidos por adicción al crack alcanzaban al 42.9% del total de atendidos por drogas en Nicaragua, al 70% en Costa Rica y al 46.5% en Venezuela. En el caso de los inhalables el mayor impacto se observa en México, con un 15% y en Bolivia, con un 14.9% del total de atendidos por drogas.

Por último, el corte por género llama la atención cuando se consideran las estadísticas de tratamiento. La información presentada muestra que la preeminencia del sexo masculino sobre el femenino es determinante. Con la sola excepción de Chile, en el resto de los países analizados el porcentaje masculino alcanza cifras cercanas o superiores al 85% del total observado (Cuadro 12).

## D. El tema de las drogas en la prensa y en la opinión pública

La información que se presenta en esta sección se basa en el seguimiento realizado durante noviembre de 1999 de dos agencias internacionales de prensa<sup>8</sup>, con el fin de determinar la cobertura del tema de las drogas y sus principales énfasis. El conjunto de noticias que se relacionan con el tema en América Latina alcanzó a 88 notas publicadas en el período. El análisis que sigue se separa en dos áreas: cobertura de prensa al combate contra las drogas en la región y a las consecuencias de la producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina (véase Cuadro 13).

<sup>8</sup> Agencias ANSA y REUTERS de noticias.

**Cuadro 11**  
**AMÉRICA LATINA 1998 (13 PAÍSES): PACIENTES POR DROGA DE**  
**MAYOR IMPACTO, CENTROS DE TRATAMIENTO \***  
*(porcentajes)*

País	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Anfetamina	Bazuco	Inhalables	Tabaco	Crack
Argentina	+	6.3	71.9	3.1	3.1	-	-	-
Bolivia	36.7	9.3	14.6	0.9	20.1	14.9	1.7	-
Chile	29.3	2.9	15.0	2.9	47.9	-	-	-
Costa Rica	12.8	2.2	8.5	-	0.2	0.4	2.0	70.0
Ecuador	37.3	6.3	8.8	0.3	33.0	2.8	0.9	0.3
El Salvador	42.1	22.4	17.8	-	-	6.5	2.8	3.7
Honduras	74.4	8.8	0.8	-	-	2.3	-	1.5
México	18.5	19.0	25.2	0.3	0.2	15.0	3.4	0.4
Nicaragua	31.7	5.0	9.9	-	-	8.7	0.6	42.9
Panamá	12.1	4.5	43.0	-	0.4	0.4	2.7	-
Perú	32.5	3.8	13.8	-	47.5	-	1.3	-
Uruguay	16.3	10.2	38.8	0.5	-	7.7	2.0	-
Venezuela	2.4	11.2	22.2	-	10.8	0.3	0.3	46.5

**Fuente:** CICAD. "Resumen Estadístico sobre Drogas", 1999. Información recolectada por el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), 1998. ([www.cicad.oas.org](http://www.cicad.oas.org)).

\* Representan únicamente las drogas de impacto más comunes, por lo tanto la suma de sus porcentajes no necesariamente es igual a 100%.

**Cuadro 12**  
**AMÉRICA LATINA 1998 (8 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN EN CENTROS**  
**DE TRATAMIENTO SEGÚN SEXO DEL PACIENTE**  
*(en porcentajes)*

País	Pacientes Hombres	Pacientes Mujeres	Total Pacientes
Argentina	84.3	15.7	74
Bolivia	86.0	14.0	429
Chile	66.4	33.6	140
Rep. Dom.	90.9	9.1	186
El Salvador	87.7	12.3	130
México	89.4	10.6	10.344
Panamá	92.5	7.5	226
Perú	83.8	16.3	80

**Fuente:** CICAD. "Resumen Estadístico sobre Drogas", 1999. Información recolectada por el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), 1998 ([www.cicad.oas.org](http://www.cicad.oas.org)).

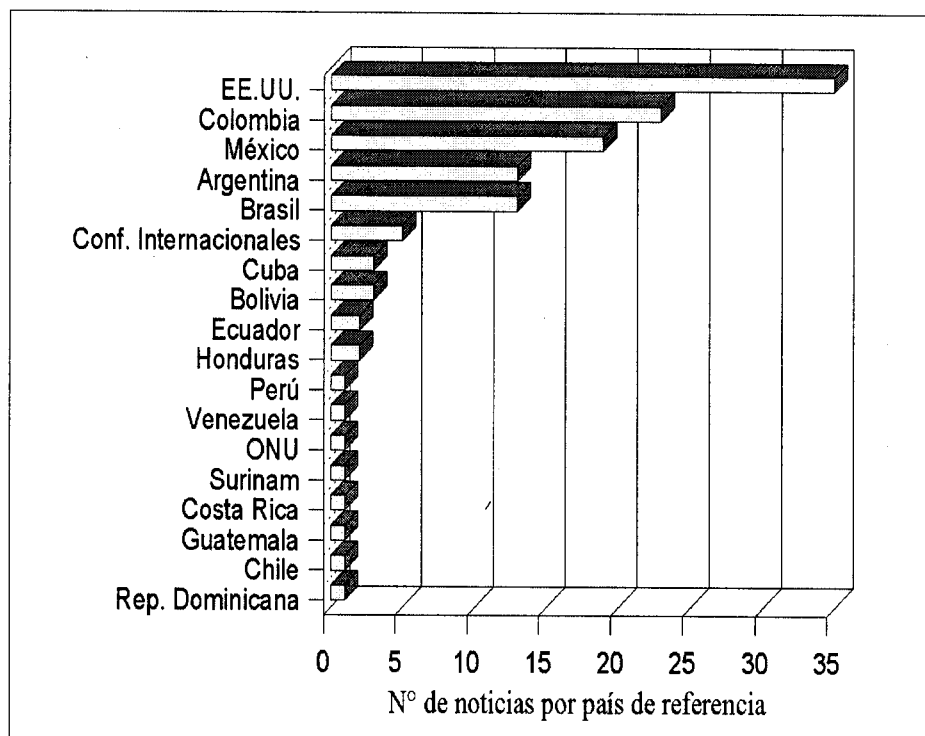
**Cuadro 13**  
**PRINCIPALES NOTICIAS REFERIDAS A DROGAS EN DOS MEDIOS DE PRENSA**

Ambito	Número de noticias	Porcentaje
Combate del fenómeno drogas	63	71.6
Consecuencias del fenómeno drogas	25	28.4
<b>Total *</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Agencias ANSA y REUTERS, 1 de noviembre al 1 de diciembre 1999.

Las agencias internacionales de noticias asignan a los distintos organismos públicos de los Estados Unidos un papel protagónico como impulsores y principales promotores de la lucha contra las drogas (véase Gráfico 1). El resto de los países de la región, salvo Colombia y en menor medida México, Argentina y Brasil, ocupan un lugar marginal como fuentes noticiosas en las dos categorías temáticas consideradas aquí. Cabe consignar que la situación tan destacada de Argentina en la cobertura de prensa obedece al hecho coyuntural de la presencia de la viuda del narcotraficante Pablo Escobar en Buenos Aires.

Gráfico  
NOTICIAS RELATIVAS A LAS DROGAS POR PAÍS



Fuente: Agencias ANSA y REUTERS 1 de noviembre al 1 de diciembre de 1999.

## 1. Cobertura de prensa al combate en contra de las drogas

En relación con la cobertura temática, la prensa asigna mucho mayor importancia al combate a la producción, el tráfico y consumo de drogas por parte de las autoridades regionales, que la referida a las consecuencias de las drogas sobre la población (véase Cuadro 13). Esta asimetría se debe a la fuerte presencia de dos tipos de actores: por una parte, los agentes institucionales, tanto estatales como gubernamentales, es decir, los principales promotores de la lucha contra las drogas. Y por otro lado, los narcotraficantes y sus redes de influencia, considerados como principales desestabilizadores del sistema institucional vigente en la región.

La cobertura noticiosa no incluye, o lo hace sólo marginalmente, otros ámbitos de interés en el tema, como son la presencia de actores privados (Iglesia, ONGs, etc.) en la prevención del consumo y lucha contra el microtráfico de drogas, el debate y las diferencias de enfoque respecto de cómo enfrentar el problema de la droga, y la situación de los usuarios de drogas y su entorno social más cercano. Por el contrario, se privilegian claramente los temas de política internacional y acciones jurídicas e institucionales (véase Cuadro 14). La cobertura otorgada a la reducción de la demanda es mínima, vale decir, no existe un acompañamiento de la prensa internacional a la decisión adoptada por los gobiernos en el Período Extraordinario de Sesiones de Naciones Unidas celebrado en junio de 1998, en el sentido de dar un tratamiento equilibrado al control de la oferta y la reducción de la demanda.

En el ámbito de política internacional, la mayor cobertura se destina a la política de combate a las drogas que Estados Unidos promueve en América Latina, en sus aspectos políticos, financieros y militares, con 16 emisiones de un total de 30, es decir un 53%. En directa relación con este ámbito temático, distintos organismos periodísticos, guerrilleros y principalmente gubernamentales de Colombia aparecen como sus principales interlocutores u opositores, con 12 emisiones (40%), seguido en mucho menor medida por Bolivia, México y Ecuador con 2



referencias cada uno (6%) y países centroamericanos como Cuba y Costa Rica con 1 cada uno (3%). La primacía noticiosa alcanzada por EE.UU. en este ámbito supera incluso a la de organismos interamericanos y su accionar conjunto, los cuales a raíz de la Cumbre antidrogas desarrollada por la OEA, logran una cobertura de sólo 5 emisiones (16%) (véase Cuadro 14).

Cuadro 14  
**COBERTURA DE PRENSA AL COMBATE DE LAS DROGAS EN AMÉRICA LATINA,  
SEGÚN ÁMBITO TEMÁTICO Y PAÍS DE REFERENCIA**

	Política Internacional	Acciones Jurídicas e Interna- cional	Reducción de la oferta	Lavado de dinero	Sustituc., reducción eliminación de cultivos	Reducción de la demanda	Total *
Estados Unidos	16	11			1		28
Colombia	12	9			1		23
Brasil	2	3	2	1			9
Argentina	1	5		2		1	8
México	2	1	4			1	8
Conf. Internacionales	5						5
Bolivia	2						3
Cuba	3				1		3
Ecuador	2						2
Honduras	2						2
Costa Rica	1						1
Perú	1						1
Rep. Dominicana	1						1
ONU					1		1
<b>Total*</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>63</b>

Fuente: Agencias ANSA y REUTERS, 1 de noviembre al 1 de diciembre 1999.

\* Margen de error en los totales está dado por la clasificación de algunas noticias simultáneamente en más de un ítem.

Entre las acciones jurídicas e institucionales destacan, por sobre todo, la interrelación establecida entre los distintos organismos competentes de EE.UU. y Colombia en lo referido a la extradición de presuntos narcotraficantes para ser juzgados por los tribunales estadounidenses. Del total de 20 emisiones noticiosas dedicadas a este ámbito, 11 de ellas están referidas a esa interrelación, es decir un 55% del total, lo cual indica la importancia dada por ambos gobiernos y las agencias noticiosas correspondientes a dicho instrumento jurídico.

Se destaca también la cobertura otorgada por los organismos de prensa al caso de la familia del difunto Pablo Escobar en Argentina, con 4 emisiones noticiosas, es decir, un 20% del total. Respecto a la cobertura lograda por los otros tópicos, sólo alcanza al 20% del total. Aparte de dos emisiones noticiosas referidas a la investigación de la posible vinculación de la familia de Pablo Escobar al lavado de dinero en Argentina, no se observa un seguimiento noticioso de ningún acontecimiento particular ocurrido en dichos ámbitos, reduciéndose la muestra a hechos noticiosos contingentes y sin mayor relación directa entre sí.

## 2. Cobertura de prensa a las consecuencias del fenómeno de las drogas

Respecto de las consecuencias sociales y políticas de la producción, el tráfico y el consumo de drogas en América Latina, lo que más destaca en la prensa son hechos de violencia y corrupción, que suman el 88% de las emisiones noticiosas (Ver cuadro 15). En lo que a violencia se refiere, la mayor cobertura se destina al tema de las bandas asociadas a la producción y tráfico de drogas. Colombia, con un 16,6% de la emisión noticiosa y México, con un 50% de la misma, constituyen los principales focos noticiosos en este sentido. En segundo lugar de cobertura aparecen los enfrentamientos entre presuntos narcotraficantes y agentes de EE.UU., y la investigación de las llamadas "narcotumbas", ambos hechos de violencia en los que se destaca la relación con agentes de Estados Unidos.

Cuadro 15

**COBERTURA DE PRENSA A LAS CONSECUENCIAS DE LA PRODUCCIÓN,  
TRÁFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA,  
SEGÚN ÁMBITO TEMÁTICO Y PAÍS DE REFERENCIA**

	Violencia	Corrupción e impunidad	Tráfico	Consumo	Total
México	6	3	1	1	11
Estados Unidos	6	1			7
Argentina	1	4			5
Brasil	1	2	1		4
Colombia	1				1
Chile	1	1			1
Guatemala	1				1
Suriman		1			1
Venezuela	1				1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>25</b>

Fuente: Agencias ANSA y REUTERS, 1 de noviembre al 1 de diciembre 1999

\* Margen de error en los totales está dado por la clasificación de algunas noticias simultáneamente en más de un ítem.

Por último, la cobertura en el ámbito de “corrupción e impunidad” se refiere principalmente a situaciones que enfrentan Argentina, Brasil y México. En este tema, la mayor cobertura se consagra a la institucionalidad política donde se observa mayor cobertura periodística, alcanzando un 60% del total del ítem, mientras que en el ámbito jurídico - policial y militar la cobertura se ve reducida. Sin duda el caso más emblemático, y por tanto con mayor nivel de cobertura, lo constituye el que afecta al gobierno argentino en relación con la presencia de la familia del difunto Pablo Escobar en dicho territorio y su posible vinculación con el lavado de dinero, con un 30% del total.

La cobertura sobre consecuencias del fenómeno de las drogas es mínima en lo que se refiere a las dimensiones sociales del problema. Tampoco se encontró información sobre las consecuencias económicas del problema de las drogas - que van desde el empleo en actividades ilegales vinculadas a la economía de las drogas ilícitas, hasta la pérdida en productividad y escolaridad por consumo de drogas, y que por lo tanto tienen importancia para el desarrollo en la región -

### 3. Percepción sobre el consumo de drogas en la opinión pública

La percepción ciudadana respecto del consumo de drogas se ve fuertemente influida por el tratamiento del tema en los medios de comunicación de masas, por lo cual no siempre coincide dicha percepción con la magnitud real del problema del consumo de drogas. Esta “democracia de los medios” puede explicar, al menos parcialmente, que en el caso de Chile, de acuerdo a encuestas de 1998, “mientras el 73% de los chilenos cree que la drogadicción ha aumentado, menos de un 10% ha estado en contacto directo con experiencias de consumo”, y para el conjunto de países de América Latina un 70% de los entrevistados percibe un aumento en el abuso de drogas (Lagos, 1998, p.40-41). Para el caso de Perú, entre 1995 y 1998, la opinión de que la drogadicción se expandía aumentó de un 22 a un 65%, lo que no implica que en ese lapso dicho problema se haya triplicado. (Lagos, 1998, p.41). Una encuesta realizada hace casi cinco años en ocho países de la región mostró que en tres de ellos (Brasil, Chile y Perú) el problema de la droga era considerado por la gente más prioritario que la delincuencia, la corrupción o la violencia política. Por otra parte, la misma encuesta revela, para los casos de ocho países de América Latina, que en ellos más del 75% de la población considera que la drogadicción ha aumentado mucho en los últimos años. Venezuela y Chile son los países con más altos porcentajes (91 y 89% respectivamente), seguidos por Uruguay (85%), Paraguay (84%) y Argentina (82%) (CEPAL, 1997).

Como se ha mostrado (ver nuevamente los cuadros 5 y 6), el consumo de drogas ilícitas en América Latina es muy inferior al del alcohol y el tabaco, aunque estos últimos no son tema de debate generalizado, ni de competencia electoral ni figuran como problemas prioritarios en las encuestas. El hecho de que la percepción ciudadana frente a problemas de abuso de drogas y violencia delictiva, aparece magnificada cuando se la contrasta con las estadísticas disponibles en la materia, tiene una explicación de contexto, además de la influencia de las noticias catastróficas de los medios. América Latina presenta dinámicas que fácilmente se asocian al incremento tanto del abuso de drogas como del uso de la violencia: es la región con mayor ritmo de expansión urbana en el mundo y con la peor distribución del ingreso (que no parece remontarse ni siquiera con los años de reactivación económica durante la década de los noventa); con una parte significativa de la población joven que se siente excluida de la política y el empleo, y para quien los canales de movilidad social son hoy más inciertos que nunca; con la brecha creciente entre mayor consumo de imágenes y menor consumo de bienes palpables, vale decir, cada vez más manos vacías con ojos colmados de productos publicitados y con un creciente “desarraigo existencial”, compuesto por cambios de valores y territorios, y por la precariedad del empleo, todo lo cual lleva a vivir con mayor incertidumbre y menos futuro.

Otra tesis en boga es que, con el fin de la guerra fría y la confrontación ideológica, los miedos de la gente frente a la estabilidad del entorno se desplazan hacia nuevos elementos que minan la sensación de seguridad y control: la droga remite al desborde, y está ligada a una economía ilegal (el narcotráfico) que genera corrupción y violencia. En este nuevo clima político y social se arguye que no es casual que en las encuestas de percepción el problema de la droga es percibido muy por encima de la magnitud real del problema, y que la opinión pública manifieste mayor preocupación, ansiedad y temor por el consumo de drogas de los jóvenes que por sistemas colapsados de seguridad social o de atención en los hospitales públicos, falta de infraestructura en las viviendas y en los vecindarios, segmentación en la calidad de la educación o problemas asociados a enfermedades catastróficas. Y no es casual que los jóvenes populares estén tan estigmatizados por los medios de comunicación, la policía y la opinión pública, pues ellos son los que padecen los mayores desajustes que la gente asocia al abuso de drogas: desajuste entre capital educativo y oportunidades de empleo, falta de identificación con valores y normas, y brecha entre mayor acceso a información e imágenes y menor acceso a bienes materiales.

El corolario de lo anterior es el carácter fantasmático que asume el tema de las drogas en la percepción y opinión públicas. La droga es un fantasma en la medida que su incidencia estadística no guarda proporción con su resonancia simbólica. Hay algo de signo, de señal y de síntoma en la droga, o más bien en la proyección significativa que la sociedad hace sobre la sustancia - droga, que hace que su impacto desborde ampliamente su efecto o su daño “medible”. En esto concurren probablemente tres elementos. Primero, la competencia de los medios de comunicación por captar audiencias, recurriendo con ello a un recorte sensacionalista del tema de las drogas. Segundo, el uso electoralista que se hace del tema de las drogas, donde los discursos compiten por ofrecer mayor seguridad a la población ante la amenaza del crecimiento de la drogadicción y el narcotráfico. Tercero, la transferencia de los miedos de la gente desde unos objetos -la precariedad y el estrés laboral, la incertidumbre sobre el futuro- hacia otros objetos -la droga, que es una gran metáfora colectiva de la precariedad, la improductividad y la falta de futuro-.

### **III. Políticas para controlar la oferta y reducir la demanda de drogas ilícitas**

---

#### **A. Principales intervenciones de prevención y control**

Entre las principales medidas que han adoptado los países para el combate a las drogas en la región, destacan las de carácter preventivo, de control y combinadas. Según lo reflejan las respuestas de las autoridades a la encuesta elaborada por la CEPAL (ver Anexo), y tal como se muestra en el Cuadro 16, algunos países han formulado planes nacionales que coordinan políticas, programas y medidas junto con un sistema de información integrado (Chile, Colombia, República Dominicana).

Los distintos países de la región han diseñado políticas y programas orientados tanto a la represión de la oferta como a la reducción de la demanda (ver Recuadro 2). En el primer caso, las acciones apuntan a erradicar los cultivos ilícitos y los centros de producción de droga (en los países productores), desarrollar la cooperación internacional en el control del tráfico y en materia judicial, y perfeccionar el marco jurídico y legal en la penalización de la oferta y delitos conexos como el lavado de dinero. Frente al consumo, los gobiernos buscan prevenir el consumo de droga a edad temprana, desincentivar el consumo de drogas ilícitas en aquellos sectores más vulnerables y disminuir el daño causado por la droga. Complementariamente, la prevención incluye la formación de centros

que acojan a la población más vulnerable, programas de carácter preventivo en la comunidad y en los centros educacionales; así como medidas menos específicas pero que indirectamente pueden surtir impacto positivo en la reducción del consumo, como la extensión de la jornada escolar en las escuelas.

Cuadro 16

**AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES) 1999: EXISTENCIA DE PLANES NACIONALES Y SISTEMAS INTEGRADOS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS**

País	Plan nacional	Sistema información
Bolivia	<i>Plan Nacional de Prevención y Rehabilitación.</i>	No específica.
Chile	<i>Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas.</i>	<i>Sistema Nacional de Información sobre Drogas (SISNID).</i>
Colombia	<i>Plan Nacional de Lucha contra las Drogas: Colombia 1998-2002, o Plan Colombia.</i>	<i>Sistema de Información del Plan Nacional de Drogas.</i>
Costa Rica	<i>Plan Nacional Antidrogas.</i>	No específica.
Ecuador	<i>Estrategia Nacional para Enfrentar a las Drogas: Plan Nacional 1999-2003.</i>	
Guatemala	<i>Plan Nacional Antidrogas.</i>	No específica.
México	<i>Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000.</i>	No específica.
Panamá	<i>Estrategia Nacional en Materia de Drogas.</i>	No específica.
Paraguay	<i>Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas (1997-2002).</i>	
Perú	<i>Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas.</i>	
República Dominicana	No específica.	<i>Centro de Información y Coordinación Conjunta (CICC).</i>
Venezuela	<i>Plan Nacional Venezolano en materia de drogas 1997-2001.</i>	No específica.

Fuente: CEPAL, 2000

Recuadro 2

**ACCIONES GUBERNAMENTALES EN EL CONTROL DE LA OFERTA Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA**

- **Reducción de la oferta de la droga**, por medio del control de la producción y el tráfico de drogas, con programas de erradicación de los cultivos ilícitos, de desarrollo alternativo, e incrementando la acción de la policía en el tráfico interno y fronterizo.
- **Reducción de la demanda**, por vía del control del consumo de drogas ilícitas mediante sanciones penales y administrativas, el desarrollo de programas para prevenir el consumo o retardar su inicio, campañas educativas y comunicacionales de prevención, y la oferta de alternativas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
- **Fortalecimiento jurídico e institucional**, por medio del establecimiento de mecanismos legales que permitan atacar a las organizaciones relacionadas con el tráfico de drogas, y ejercer mayor control sobre el lavado de dinero proveniente de dicho tráfico.
- **Política internacional**, que incluye la cooperación judicial y de control del tráfico entre países, el intercambio de información, y el desarrollo de acuerdos bilaterales y multilaterales. Se han creado organismos gubernamentales y se cuenta también con el apoyo de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Además, se promueve el desarrollo de iniciativas de gestión, financiamiento y cooperación entre distintos organismos internacionales para fortalecer presupuestariamente los centros de investigación, prevención y control de drogas, y se busca financiar planes, programas y proyectos en todos los ámbitos del problema de la droga. El trabajo en red ha sido una de las medidas más exitosas que ha estado presente en los distintos programas de los países de la región, dada la

cobertura de información que se obtiene con ello. Cubre las áreas de prevención del consumo, control de la producción de drogas, control de tráfico en pequeña y gran escala, y el lavado de dinero obtenido con esta actividad ilícita.

De esta manera se articulan diferentes subsistemas de información acerca de las zonas de producción de marihuana, pasta base, crack y cocaína, y se obtiene información respecto de cuáles son los sectores sociales más vulnerables al consumo, y en cuáles grupos etarios se deben aplicar preferentemente medidas preventivas. Se diseñan políticas específicas -conjuntamente con las acciones jurídicas penales- para desarticular las organizaciones responsables del tráfico ilícito de drogas, por medio de la acción coordinada de los organismos policiales, del poder judicial y el poder ejecutivo, participando complementariamente instituciones públicas y privadas. El intercambio de información ha permitido además establecer sistemas de capacitación dentro y entre los países, donde se busca la participación de distintos sectores de la sociedad civil y del Estado.

Las respuestas de los organismos de gobierno a la encuesta de la CEPAL<sup>9</sup> permiten afirmar que el trabajo intersectorial, interinstitucional o con lógica de redes para enfrentar problemas asociados al consumo de drogas ha cobrado fuerza en diversos países de América Latina. Colombia implementó la “Red colombiana para el abordaje integral del uso indebido de drogas” cuyo objetivo está encaminado a la conjugación de acciones de las distintas entidades de gobierno, no gubernamentales y comunitarias, que intervienen en el país, en el ámbito preventivo, de tratamiento y de rehabilitación frente al uso indebido de sustancias psicoactivas.

Costa Rica, por su parte, estableció un trabajo interinstitucional con planes, proyectos y programas de autogestión comunitaria con proyección para toda la región. En Ecuador, El Salvador, Uruguay, Venezuela, Guatemala y República Dominicana, se han establecido modelos de trabajo y de planes de acción conjuntos en los distintos servicios de atención. México ha enfatizado procedimientos que consideren un enfoque integral de atención, con un esquema de coordinación y corresponsabilidad de las dependencias públicas involucradas, y una participación social activa. Panamá ha planteado que dado el carácter cambiante, complejo y de alcance global del fenómeno de la droga, se requiere de la participación de todas las instancias gubernamentales y de la sociedad civil, para lograr disminuirlo, lo que a su vez requiere de una responsabilidad compartida.

Chile tiene como principal criterio en la prevención del consumo la cooperación entre distintas dependencias de gobierno; mediante su Fondo de Proyectos Concursables y un Sistema Comunal de Prevención para el trabajo en red, moviliza a la comunidad, las autoridades municipales y las ONGs. Otros países han enfatizado la coordinación de los organismos públicos y privados, la optimización y maximización de los recursos existentes y la planificación de estrategias nacionales con la participación en sus diseños de organismos gubernamentales y no gubernamentales (Guatemala, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

Todos los programas coinciden en que la atención del fenómeno no es exclusiva de una sola dependencia o sector socioeconómico, y que por tanto la coordinación y la concertación son elementos prioritarios para atacar los variados aspectos del problema, privilegiando la participación social en materia de prevención del consumo. La cooperación internacional es considerada importante para el intercambio de experiencias y la difusión de capacidades y conocimientos, así como para la puesta en marcha de acciones de alcance regional en el control de la producción y el tráfico de drogas.

La equidad social es un criterio que comparten, en mayor o menor medida, las políticas de prevención y tratamiento de los países de América Latina y el Caribe. Esto se traduce en la mayor prioridad, en el ámbito preventivo y de salud, asignada a la prevención y atención en zonas de

<sup>9</sup> Durante 1999, la División de Desarrollo Social realizó una encuesta a los organismos encargados del control y prevención de la producción, tráfico y consumo de drogas en cada país. Véase en el Anexo el formulario de la encuesta.

mayor vulnerabilidad social. Las autoridades coinciden en que una política exitosa de prevención debe ser integral, vale decir, tiene que aspirar a la elevación de la calidad de vida de los sujetos, la familia y la comunidad, proporcionando espacios sociales que promuevan oportunidades de desarrollo para los grupos que presentan mayores dificultades.

## **B. Algunos programas en los países**

A continuación se resumen algunos programas en los países que apuntan tanto a la reducción de la oferta como de la demanda de drogas ilícitas. Se han seleccionado algunos programas con el objeto de ilustrar respecto de diferentes contenidos de política que se aplican actualmente en la región.

El gobierno de Bolivia ha desarrollado el Plan Dignidad que se fundamenta en la erradicación de los cultivos de coca excedentarios e ilegales; y la aplicación de una sólida política de desarrollo alternativo con inversiones sociales, de infraestructura y recursos financieros. El programa se fundamenta en el desarrollo integral de las regiones, a través de la generación de infraestructura física y social, y la promoción de actividades productivas lícitas donde se requiere la participación de la inversión privada. Además se consideran criterios de demanda de la población y del mercado en la formulación e implementación de los programas, a fin de promover la participación de los agentes involucrados en el proceso y de los beneficiarios, y poder mantener la sostenibilidad financiera de tales proyectos.

Chile ha creado por Ley el Fondo de Proyectos Concursables del CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes), que entrega asistencia técnica y financiera a proyectos de prevención, tratamiento y rehabilitación de instituciones públicas y privadas y de la propia comunidad, privilegiando a las comunidades de mayor riesgo social y de vulnerabilidad frente al consumo indebido de drogas. Estos programas han logrado consolidarse en el tiempo y han aumentado cada vez más su cobertura en la atención, llegando a los niveles escolares con programas preventivos, a las organizaciones comunitarias, comunidades terapéuticas y poblaciones más desfavorecidas.

Con objeto de fortalecer el trabajo de prevención en el nivel más desagregado, en Chile se han creado recientemente los SISCOP, Sistemas Comunales de Prevención, donde miembros de la propia comunidad, por lo general líderes juveniles, con la asistencia del Municipio y del CONACE, llevan a cabo actividades de comunicación y recreación en el marco de la prevención y reducción del consumo indebido de drogas. Los SISCOP constituyen redes que nuclean, además, distintos agentes (ONGs, centros educacionales, y otros) en un trabajo que busca potenciar el capital social para darle mayor impacto a las actividades de prevención, movilizandoo organizaciones de la propia comunidad.

El gobierno de Colombia ha impulsado programas de desarrollo alternativo especialmente dirigidos a la población campesina e indígena vinculada a los cultivos ilícitos con fines de subsistencia. Para ello plantea un modelo de desarrollo regional que permita impulsar actividades productivas alternativas con fortalecimiento institucional y comunitario, incluyendo la conservación y recuperación de áreas de importancia ambiental, así como también obtener la infraestructura para el desarrollo rural y el apoyo a los pueblos indígenas. El Plan Colombia, que enfrenta los problemas asociados tanto a la economía de la droga como a la violencia social y política, es básicamente un plan de desarrollo social, puesto que el 75% de sus recursos están directamente orientados a inversión social.

En Guatemala el Plan Nacional ha involucrado a sectores de la sociedad civil, creando una red de organismos gubernamentales y no gubernamentales en prevención y tratamiento de los sujetos con problemas de adicciones, estableciendo mecanismos de cooperación y colaboración

entre instituciones que trabajan en control y reducción de la demanda, fortaleciendo de manera sustantiva la ejecución exitosa de cada una de ellas. Se ha establecido además un marco legal dentro del cual se dictó la Ley de protección al menor en situación de riesgo de drogadicción, y se han aprobado leyes de nivel constitucional respecto del narcotráfico, lo que ha permitido un mejoramiento en el código penal y en el código de la salud. El gobierno y sus ministerios han logrado un control eficiente tanto en el consumo indebido de droga como del tráfico en diferentes escalas.

En México destacan los programas dirigidos a prevenir cultivos ilícitos, promoviendo el desarrollo integral de las regiones. En lo que respecta al ámbito jurídico - penal se consideran atenuantes de responsabilidad a sectores de escasa instrucción, extrema pobreza y aislamiento social. En lo que se refiere a la prevención del consumo, el caso mexicano muestra cómo desde la propia cultura juvenil en sectores populares urbanos surgen iniciativas para enfrentar el problema del consumo de drogas. Así, se han creado muchos programas autogestionados por la sociedad civil, y especialmente por los jóvenes, que enfrentan el consumo de drogas con alternativas de recreación y desarrollo personal, tales como la promoción del deporte, la música y el graffiti en los barrios.

En Perú, la Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas (CONTRADROGAS), ha logrado avances importantes a través de su Programa Nacional de Desarrollo Alternativo. En las 12 áreas priorizadas por el Programa se promueve un conjunto de nueve intervenciones articuladas que buscan abordar integralmente el problema: fortalecimiento y sensibilización de las organizaciones de base; provisión de infraestructura social y mejoramiento en la prestación de servicios sociales básicos; mejoramiento de la infraestructura económica; saneamiento legal de la propiedad; promoción de la producción y comercialización; desarrollo de servicios financieros rurales y apoyo al crédito productivo; manejo sostenible del medio ambiente; promoción de la inversión privada; y monitoreo y evaluación del Programa.

En Venezuela se ha trabajado apoyando servicios sociales que se consideran oportunos para la prevención del abuso de drogas, tales como: la creación de escuelas de tiempo completo, el incremento de viviendas sociales a fin de proporcionar a la población mejores condiciones de vida, la estabilización del empleo y disminución del desempleo. Destinando presupuesto a las instituciones que otorgan tratamiento a los adictos, otra medida importante ha sido que dichas instituciones no se limitan a la prestación del servicio, sino también orientan líneas de proyectos de investigación. Se realizan además aportes a las redes de apoyo a ONG's, que prestan servicios en prevención integral. En lo que respecta al tráfico interfronteras se está llevando a cabo, en conjunto con organismos de seguridad, programas de educación y prevención de tráfico en las poblaciones ubicadas en los estados limítrofes. Se han orientado también, estrategias de reactivación de empleos, en especial en zonas de bajos recursos económicos, en coordinación con los gobiernos locales.

### **C. Tratamiento y rehabilitación: experiencias en seis países de la región**

En Bolivia<sup>10</sup>, el Programa Nacional de Rehabilitación contiene los subprogramas de Apoyo y Fortalecimiento Institucional, Capacitación y Formación Recursos Humanos y Comunicación. Se privilegia una estrategia de rehabilitación integral adaptada a las necesidades y características de las personas dependientes de las drogas, teniendo en cuenta los distintos contextos culturales, económicos, regionales y sociales existentes en el país. Por ejemplo, el Programa de "Capacitación y Formación de Recursos Humanos" aspira a que 150 operadores terapéuticos sean formados sobre

<sup>10</sup> Extractado de Encuesta CEPAL, 1999.



la base de su experiencia de trabajo en el área e incorporando técnicas actualizadas que se adecuen a sus necesidades y filosofía. El programa incluye cuatro cursos de cinco módulos cada uno, que se realizarán en cuatro años. Al mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento se sumará entonces, el mejoramiento de la calidad técnica.

En Costa Rica<sup>11</sup>, el Sistema Nacional de Tratamiento y Rehabilitación tiene por principal objetivo establecer un sistema nacional de diagnóstico, detección temprana y de atención integral para los consumidores de drogas con base en un marco conceptualmente unificado y con la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Para ello se cuenta con el trabajo de organizaciones gubernamentales como el Centro de Desintoxicación del Sistema Penitenciario de Reforma y las Clínicas de Desintoxicación de la Caja Costarricense del Seguro Social, y más de 27 organizaciones no gubernamentales e instituciones de rehabilitación acreditadas oficialmente. Los ejes que definen la política se orientan principalmente a garantizar la sostenibilidad técnica, económico-financiera y jurídico-legal del sistema de Tratamiento y Rehabilitación, establecer e implementar los mecanismos de participación necesarios para la incorporación de la sociedad civil en la atención del consumidor de drogas, y definir las normas de atención para el consumidor de drogas en las organizaciones no gubernamentales que brindan este servicio.

En Ecuador<sup>12</sup>, la Estrategia Nacional para Enfrentar a las Drogas: Plan Nacional 1999-2003, se ha planteado entre sus principales desafíos incrementar los centros registrados legalmente y la capacidad pública para la atención de la farmacodependencia, principalmente entre población de bajos ingresos. Para ello ha creado la Red Nacional de Tratamiento y Rehabilitación que atienda dicha población y que a su vez establezca un seguimiento de las personas atendidas y apoye la difusión de los servicios ofrecidos.

Dentro de las medidas concretas impulsadas por esta instancia destaca el reforzamiento de los servicios de salud mental de los hospitales públicos, la promoción de una atención integral del farmacodependiente a través de modelos y técnicas de tratamiento actuales orientados hacia la desinstitucionalización, la intervención terapéutica para grupos específicos tales como niños y niñas de y en la calle, adolescentes, estudiantes, trabajadores(as) y mujeres, y la capacitación permanente del recurso humano que labora en las instituciones de tratamiento público y privado.

En Paraguay<sup>13</sup>, el Programa de Tratamiento y Rehabilitación incluido en el Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas se orienta a fortalecer los mecanismos de coordinación y cooperación recíproca entre los sectores público y privado para las actividades de tratamiento, rehabilitación y reinserción de los drogadictos. En ese marco, impulsa las modificaciones legales necesarias para disminuir la discriminación de los enfermos adictos y facilitar su acceso a instituciones sanitarias públicas y privadas, capacitando sus recursos humanos para impulsar el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de adictos.

En este sentido, se observan en el Plan Nacional dos orientaciones claramente predominantes. La primera busca mejorar la infraestructura, calidad del servicio y capacidad de atención específica para farmacodependientes dentro del sistema de salud, mediante un Centro Especializado para Tratamiento a corto, mediano y largo plazo, así como también de Rehabilitación y Reinserción Social, y la instalación en unidades de emergencia dependientes del Estado y servicios de desintoxicación a modo de primeros auxilios. En la segunda se ha buscado afianzar la coordinación con numerosas entidades privadas que nuclean a profesionales, líderes, padres de familia y los propios jóvenes, privilegiando así una respuesta de tipo comunitario a los problemas de las sustancias psicoactivas.

---

<sup>11</sup> Ídem.

<sup>12</sup> Fuente: Estrategia Nacional para Enfrentar a las Drogas: Plan Nacional 1999 - 2003.

<sup>13</sup> Extractado del Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas (1997-2002)

En Perú<sup>14</sup>, el Programa Nacional de Prevención y Rehabilitación aborda dos grandes desafíos en rehabilitación. Por una parte, y en consideración de que sólo el 5% de los servicios estatales de salud provee atención especializada en el campo de la dependencia a drogas, y por tanto son las comunidades terapéuticas privadas las que asumen esencialmente en el país la creciente demanda de atención, el Subprograma Asistencial busca la integración de los recursos asistenciales gubernamentales y no gubernamentales en redes, siguiendo tres orientaciones básicas: el fortalecimiento de los centros de probada eficacia en la atención al farmacodependiente, la creación y reforzamiento de centros ambulatorios y de día y, por último, la validación y sistematización de programas de acuerdo a las características socio - demográficas y culturales de los usuarios.

Por otra parte, y asumiendo que el mayor desafío para la rehabilitación en el Perú son las dificultades para la reinserción laboral y la falta de recursos para la capacitación técnica y empresarial de los rehabilitados (lo que atenta contra la durabilidad de la rehabilitación), el Subprograma de Reinserción Social busca implementar programas de formación laboral y gestión empresarial. Éstos tienen por objeto facilitar la reinserción laboral del fármacodependiente rehabilitado, a la vez que la reinserción en su red familiar y medio social, complementado con el seguimiento y evaluación de la eficacia de programas de tratamiento.

En Venezuela,<sup>15</sup> la acción de gobierno apunta a propiciar intercambios de experiencias nacionales y apoyo financiero de organismos multilaterales que permitan crear centros cada vez más especializados de tratamiento al drogadependiente, como lo es, por ejemplo, el Centro de Neuroterapia. A la vez, el Estado destina recursos presupuestarios especiales para Tratamiento de los Drogodependientes no sólo limitándose a la prestación del servicio, sino también, orientando líneas de investigación. Con relación al primero, ofrece tres modalidades diferentes que se seleccionan de acuerdo a las características del usuario: tratamiento ambulatorio para personas que se inician en el consumo; hospital/día para usuarios que necesitan contención durante las horas diurnas y cuentan con una familia responsable o un tutor que les brinde apoyo durante las horas de la noche y los fines de semana; y Comunidad Terapéutica para personas que presentan consumo compulsivo o intensificado que requieran separarse temporalmente de su entorno y necesiten un sistema altamente estructurado. A su vez, la reincorporación social se hace en el sistema ambulatorio, coordinando acciones con instituciones de formación para el trabajo o de educación formal.

## **D. Criterios generales para una política de prevención y control de drogas**

Una política de prevención y control de drogas debe incorporar los instrumentos más consagrados de la política social actual, el uso de la comunicación para lograr los objetivos deseados, y las formas más eficientes para controlar y reprimir el delito en el contexto del Estado de Derecho.<sup>16</sup> Esto implica incorporar criterios de focalización, selectividad, descentralización de la gestión, sinergia, eficiencia y eficacia.

### **1. La prevención**

En materia de prevención, la focalización implica concentrar esfuerzos en dos niveles. El primero es el de los grupos vulnerables. Para ello se debe contar con un sistema de información que

<sup>14</sup> Extractado de: Plan Nacional de Lucha contra las Drogas 1998 – 2002. Contradrogas, Comisión de Lucha contra las Drogas.

<sup>15</sup> Ídem.

<sup>16</sup> Este capítulo se ha nutrido de los resultados del proyecto conjunto desarrollado por la CEPAL y el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Gobierno de Chile (1997-1998), cuyo principal objetivo era definir una política de prevención y control de drogas para Chile en el largo plazo (Ver CEPAL, 1997b y CEPAL 1999).

permita determinar las variables sociales que más inciden en la proclividad al consumo de drogas. Se entiende por poblaciones vulnerables aquellas que por condiciones culturales, productivas y sociodemográficas, tienen mayor riesgo de exposición al consumo indebido y abusivo de drogas. El segundo nivel apunta al grupo de población que consume drogas pero que no presenta situaciones que requieran tratamiento y rehabilitación, y sobre el cual la prevención tiene por objeto disuadirlos del consumo, o bien que eviten el consumo indebido o abusivo. Se entiende por consumo indebido o abusivo aquél que implica mayores daños potenciales para la salud del consumidor, su capacidad de inserción productiva, su autoestima, la estabilidad de su familia y la defensa de su comunidad.

De esta manera, la *eficacia* en las tareas de prevención se mide por un doble impacto. De una parte, la prevención es eficaz si, como respuesta a sus acciones, disminuye (o no se incrementa, o baja el ritmo de expansión) la tasa de prevalencia - vida y prevalencia - año, vale decir, el porcentaje de consumidores de drogas sobre el total de la población. De otra parte, y en una perspectiva de reducción del daño, el impacto positivo radica en reducir la proporción de consumidores problemáticos (vale decir, en quienes el consumo genera daños personales o a terceros) sobre el total de consumidores.

Un elemento que es considerado central en la prevención del consumo indebido de drogas es la comunicación social para informar sobre riesgos y causas del consumo indebido de drogas, a fin de promover la autoregulación de la población, tanto en la abstención del consumo como en la reducción de daños derivados del mismo. La emisión de mensajes generalistas y de baja apelación suelen implicar altos gastos en campañas publicitarias y bajos logros en la reducción del consumo de drogas. Es más eficiente y eficaz desarrollar un sistema integrado de comunicación, que privilegia el diálogo cara a cara y las cartillas explicativas (de menor costo que las campañas en grandes medios de comunicación de masas), y que pueda movilizar a la población objetivo y hacerla partícipe de un diálogo ciudadano. Para ello debe hacer clara alusión a los diversos patrones y motivaciones de uso de drogas ilícitas, a fin de que las poblaciones de riesgo puedan sentirse convocadas por los mensajes emitidos.

La promoción de espacios de reflexión y conversación ciudadanas puede tener un impacto que trasciende el tema específico de las drogas. Esto, porque conversar sobre drogas implica poner sobre el tapete las motivaciones que mueven a la demanda y consumo, y estas motivaciones a su vez hunden sus raíces en el patrón de modernización y de modernidad: frustración de expectativas, sobrevalorización del consumo, incremento de la ansiedad y el estrés, pérdida de lazos de pertenencia, etc. Por tanto, el tema de las drogas constituye una oportunidad única (dada su condición de "punta de iceberg") para estimular el debate público sobre la crisis de sentido y de pertenencia, las exclusiones sociales y territoriales, los fantasmas colectivos en un proceso de modernización intensiva. En este sentido, la comunicación podrá aspirar, en la medida de lo posible, a que las acciones específicas de su sector tengan sinergia positiva, vale decir, que a la vez surtan efectos positivos en la promoción de la calidad de vida de la gente.

Es necesario promover, en el discurso público sobre las drogas, información transparente y eficaz; pasar de un público pasivo a una ciudadanía activa; destapar la caja negra de las cargas simbólicas que adquieren hoy las drogas entre sus usuarios; y privilegiar los espacios donde la información puede traducirse en conversación. No es ésta una solución mágica ni rápida. Pero es la manera de dar mayor consistencia a la prevención del consumo en función de la naturaleza de este último.

Otro criterio importante es la *descentralización* hacia la escala local de gran parte de las acciones vinculadas a la prevención. Esto, por varias razones. Primero, la municipalización es un instrumento para dar mayor factibilidad y consistencia a la participación comunitaria y al diálogo ciudadano en el campo de la prevención y la atención de drogodependientes. Segundo, y dado que en la prevención es preciso enriquecerse de experiencias realizadas con éxito en otras latitudes, la municipalización permite ensayar en pequeña escala estas innovaciones. Tercero, la

municipalización permite, por su escala y posibilidad de seguimiento y evaluación, una coordinación real y efectiva, tanto en lo interinstitucional como en lo intersectorial. Esto es importante porque la coordinación multisectorial (educación, comunicación, salud y desarrollo comunitario) potencia el impacto de las acciones de cada sector. Cuarto, la municipalización debe promover la acción de carácter sistemático en la prevención, dada la mayor capacidad de manejo de acciones sistemáticas en la escala más reducida del municipio. También la experiencia revela que la prevención surte mayores logros cuando es una acción sistemática, vale decir, sostenida en el tiempo.

## 2. El control

En materia de control, la focalización consiste en criterios de selectividad orientados a reprimir la oferta en mayor escala y criterios de proporcionalidad en la sanción de la oferta. De no manejarse estos criterios de proporcionalidad, el sistema judicial se vuelve ineficiente en el procesamiento de narcotraficantes y las cárceles enfrentan problemas de sobrepoblación.

El control de la oferta y la represión del tráfico ilícito debe equilibrar la función de salvaguarda de la seguridad ciudadana con el uso de la coacción social dentro de los límites del Estado de Derecho. Dado que esta forma de prevención se basa en mecanismos de control (lo que incluye represión, penalización, confiscación y encarcelamiento), sus criterios de focalización, de optimización del impacto (eficacia) y mejor uso de los recursos disponibles (eficiencia) exigen definiciones y precisiones urgentes. Tanto más si se considera que hasta la fecha las acciones represivas no han logrado redundar en una disminución de la oferta.

La focalización del control significa priorizar esfuerzos en los eslabones de la cadena de la oferta donde más puede reducirse el volumen de drogas ilícitas en el mercado, y donde la represión recae sobre quienes más lucran y delinquen en el tráfico de drogas y delitos asociados. La *eficacia* en materia de control implica optimizar el impacto de las acciones de control, de modo tal que éstas tengan el efecto mayor y más perdurable en la reducción de la oferta. Como se sabe, la eficacia en el control es, a escala global, el talón de Aquiles en la reducción de la oferta, dado el carácter extraordinariamente lucrativo de la economía de las drogas, que multiplica potenciales narcotraficantes que ingresan en esta economía y pasan a ocupar los nichos abiertos tras cada intervención exitosa de control. Esto es así en toda la cadena, desde los cultivos hasta la venta minorista en las calles. Evidencia de ello es que luego de décadas de persecución al narcotráfico, de sustitución de cultivos y de legislación sobre blanqueo de dinero, no se ha logrado reducir la oferta (prueba de ello es la evolución de los precios de las drogas), las áreas de cultivo se desplazan manteniendo su volumen, y las ganancias de los narcotraficantes siguen siendo extraordinarias.

La *eficiencia* radica en la optimización en el uso de los recursos monetarios y humanos disponibles para las tareas de control. También se pueden lograr *sinergias* en el control de cultivos, por el expediente del desarrollo de cultivos; y en el control del microtráfico en las calles, mediante programas de apoyo comunitario en las zonas donde se concentra el pequeño tráfico de drogas. En otras palabras: el desarrollo alternativo apunta a reducir los cultivos, pero lo hace mediante opciones de desarrollo productivo de los campesinos ocupados en cultivos ilícitos, facilitando mercados para productos lícitos, créditos agrícolas y apoyo comunitario en necesidades básicas; y la represión al microtráfico debe combinar la proporcionalidad de las penas en materia judicial, con otras medidas ya señaladas que impactan positivamente la calidad de vida de la comunidad.

## 3. El tratamiento y la rehabilitación

En materia de tratamiento y rehabilitación, la política debe ser progresiva en su impacto distributivo, lo que implica dar mayor apoyo a los sectores que presentan mayor vulnerabilidad, que cuentan con menores oportunidades de desarrollo, menor acceso a los servicios competentes y menos mecanismos protectores en la comunidad. La focalización consiste en concentrar la atención

pública en los drogodependientes de menores recursos, supervisar la atención privada para drogodependientes de mayores recursos, y generar en los sectores más vulnerables un clima propicio para que los drogodependientes recurran efectivamente a los servicios correspondientes.

Dado que es un aspecto muy costoso de la política (es claro que el costo por persona en rehabilitación es muy superior al equivalente en prevención), es necesario contar con información actualizada, veraz y sistematizada del caudal de experiencias registradas en otras latitudes. Y es necesario un sistema de procesamiento de esa información que alimente constantemente los servicios de tratamiento y rehabilitación. Es este un campo donde la socialización de información útil es mucho menos costosa, y por tanto más eficiente, que proceder por ensayo y error en los programas de salud pública correspondiente. El ahorro en recursos monetarios y en costos humanos obliga a plantear un sistema eficiente en este sentido.

La experiencia internacional muestra hasta la fecha que la eficacia en los servicios de atención y tratamiento depende, en primer lugar, de que tales servicios sean efectivamente utilizados por la población a la cual van dirigidos. El éxito de toda convocatoria, sea a la prevención del uso indebido o al tratamiento del consumo abusivo, depende de la capacidad de respuesta de la población objetivo a la oferta institucional y del nivel de aceptación de los sujetos de la propuesta institucional. Para que el sistema de salud especializado acoga a los drogodependientes en su convocatoria no debe estigmatizar a quienes utilizan sus servicios, ni debe forzar a la abstención de los adictos, pues éstos acuden a los servicios precisamente porque no logran controlar su consumo de drogas.

Las señales deben ser claras en este punto. Los usuarios problemáticos de drogas, vale decir, aquellos que requieren de atención e información específica y cara a cara, no acuden a los servicios de salud ya sea por la carga simbólica negativa que tiene, a nivel social, el rótulo del drogadicto, o porque no están en condiciones de aceptar el costo de la supresión total e instantánea de un elemento frente al cual tienen una relación de extrema dependencia. Por lo mismo, la única forma de contar con la colaboración de los drogodependientes para hacer más transparente su localización y atención, es mediante señales claras que les permitan percibir que el hecho de acudir a un servicio de atención y rehabilitación no los discrimina ni segrega y que por el contrario, los acoge; y que pueden contar con la certeza de que el uso de los servicios correspondientes no violenta una situación que es, por definición, adictiva.

La dificultad para lograr estas señales estriba en que no sólo depende de criterios y procedimientos intraservicios, pues el estigma del adicto circula por el imaginario social y conforma prejuicios extendidos a toda la población. Por lo mismo, la rehabilitación comienza por los mensajes que los medios de comunicación logran transmitir para revertir la imagen siniestra del drogodependiente, y crear un clima de confianza en aquellos que requieren urgente atención en salud.

La sinergia en el tratamiento consiste en vincular la superación de la adicción con el fortalecimiento de capacidades en los pacientes. Entre éstas cabe mencionar la autoestima y autoconfianza, la elaboración de conflictos familiares e incluso la capacitación en artes y oficios.

#### **4. La coordinación**

La integralidad de una política de prevención y control de drogas exige esfuerzos de coordinación micro – macro; coordinación intersectorial, y coordinación entre la reducción de la oferta y la reducción de la demanda. La coordinación debe plantearse en los siguientes niveles:

- El funcionamiento sincronizado y complementario entre los organismos estatales y privados que operan en las acciones de prevención, con objeto de reforzar las acciones sin duplicarlas, dar coherencia a los criterios transversales en el campo de la prevención, e incrementar progresivamente la consistencia entre las acciones de escala macro, meso y micro. Se

requiere, por tanto, de mayor coordinación y acuerdo de criterios de los agentes que operan en la prevención en los niveles de: medios de comunicación de masas, ámbito municipal, ámbito escolar y ámbito comunitario. También se requiere de un mejor y mayor uso de la información generada respecto del consumo de drogas como base referencial para el trabajo de prevención.

- El funcionamiento sincronizado, con criterios comunes y acciones complementarias, de los estamentos de control del narcotráfico y delitos conexos. Esto implica coordinación entre policías, controles aduaneros, investigación de delitos conexos (como el blanqueo de dinero), uso compartido de información, criterios comunes para socializar información sobre capturas, decomisos y arrestos, y una política comunicativa clara y transparente frente a la ciudadanía. También implica una coordinación eficaz entre policías, jueces y legisladores, con el objeto de alimentar el campo legislativo con la experiencia que policías y jueces tienen respecto de la eficiencia, eficacia y oportunidad de los mecanismos que estipula la Ley en materia de control. E inversamente, proveer a los policías y los jueces de criterios consistentes con un marco legal perfectible.
- El funcionamiento complementario de los distintos actores comprometidos en el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes. Esto implica usar criterios uniformes, al interior del sector público (entre sus distintos niveles) pero extensivo al sector privado, para evaluar el ingreso de los adictos al sistema de atención, para retener y dar de alta a los usuarios, y respecto de alternativas viables y recomendables de tratamiento y rehabilitación. También implica una óptima socialización de información, tanto respecto de la casuística acumulada como de la literatura actualizada respecto de tratamientos más exitosos, menos agresivos y que puedan ser replicables. E implica proveer a la comunidad de información oportuna para relacionarse constructiva y solidariamente con personas que tienen problemas de drogodependencia.
- Mayor coordinación a nivel general entre la política de prevención, de control y de tratamiento, a fin de no transmitir a la sociedad señales contradictorias y de responder al criterio de integralidad.
- Mayor coordinación de los niveles central, regional y municipal entre los sectores de prevención, de control y de tratamiento respectivamente. Esto no implica mayor centralismo, sino mayor consistencia en criterios y acciones entre las distintas escalas territoriales, y mejor flujo informativo tanto vertical como horizontal.
- Mayor coordinación para la diseminación de información útil, oportuna y selectiva, a fin de optimizar los criterios transversales de focalización, pertinencia y selectividad. Esto tanto en acciones de prevención como de control y de atención a drogodependientes. Y también en las acciones comunicativas que deberán alimentarse de información idónea para elaborarla y transmitirla a la comunidad.
- Mayor coordinación longitudinal para realizar funciones de seguimiento, evaluación, corrección y eslabonamiento de programas vigentes o futuros.

## Bibliografía

---

- Acosta, Rodrigo, Elkin Castaño y Alfredo Sarmiento (2000), "La violencia en Colombia" en *Misión Social DNP/PNUD*, IDH Colombia 1999, TM editores, Bogotá Colombia, mayo.
- Colombia *Plan Nacional de Lucha contra las drogas: Colombia 1998-2002* [www.cicad.oas.org/planes-nacionales](http://www.cicad.oas.org/planes-nacionales)
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 1997a), "Latinobarómetro 1995: opiniones y actitudes de los ciudadanos sobre la realidad económica y social", LC/R. 1750, Santiago.
- \_\_\_\_\_(1997b), "Diagnóstico y evaluación de la gestión del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y de su Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas", LC/R.1734, Santiago.
- \_\_\_\_\_(1999), "Aprendiendo de la experiencia: propuestas para avanzar en la Política y el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas", LC/R.1885, abril.
- \_\_\_\_\_(2000), *Panorama Social de América Latina, Edición 1999-2000*, LC/G.2068-P Santiago de Chile, julio.
- Costa Rica (1999), *Plan Nacional Antidrogas*.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (1999a), Consumo de drogas ilícitas en población escolar de Chile, resultados del estudio en escolares de 1999, [www.conace.cl](http://www.conace.cl)
- \_\_\_\_\_(1999b), Revista *Conace*, Nº36, noviembre.
- Chile, Ministerio del Interior y CONACE (1999), Informe del Gobierno de Chile al 42º Período Ordinario de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, Viena, marzo.
- Chile (1999), Plan política y plan nacional de prevención y control de drogas.
- Ecuador (1999), Estrategia nacional para enfrentar a las drogas: Plan Nacional 1999 – 2003, [www.cicad.oas.org/planes-nacionales](http://www.cicad.oas.org/planes-nacionales)
- Lagos, Marta (1998), "Visiones Latinoamericanas: Latinobarómetro 1998", en *Entre la II Cumbre y la detención de Pinochet*, FLACSO, Santiago.

- México (1995), Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000, ciudad de México, octubre.
- Paraguay Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas (1997-2002), [www.cicad.oas.org/planes-nacionales](http://www.cicad.oas.org/planes-nacionales).
- Paredes, Martha (1999), respuesta a Encuesta sobre consumo, producción y tráfico de drogas dirigida a los organismos de prevención y control de drogas de América Latina, realizada por la CEPAL en 1999.
- Perú, Contradrogas Programa Nacional de Desarrollo Alternativo (1999), "Programación y formulación del Plan Operativo para el año 2000", Lima, mayo, [www.cicad.oas.org/planes-nacionales](http://www.cicad.oas.org/planes-nacionales).
- República Dominicana (1999), Plan Nacional Antidrogas, versión preliminar.
- Ruiz Llano, Jaime (2000), Statement at the World Summit for Social Development and Beyond: Achieving Social Development for all in a Globalized World, Ginebra 26 de Junio.
- Thoumi, Francisco (1997), "Las drogas ilegales en los países andinos: resultados de estudios recientes patrocinados por el PNUD", en M. Hopenhayn (comp.) *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina*, CEPAL, LC/ G.1975-P, Santiago de Chile, diciembre.
- White House (1997), The National Drug Control Strategy, Washington.



## **Anexo**

---

**CEPAL – DIVISIÓN DE DESARROLLO SOCIAL  
ENCUESTA SOBRE PROGRAMAS DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA**

Identificación: Programa:.....País:.....  
 Persona que contesta cuestionario:.....Cargo:.....

1. Nombre los tres principales problemas asociados a la droga en el último año. Liste en orden de importancia:

Consumo  
 Tráfico  
 Producción

1.....  
 2.....  
 3.....

1. El problema de drogas afecta con mayor fuerza a sectores sociales más vulnerables? Por qué?

Consumo  
 Tráfico  
 Producción

Sí.....  
 No.....  
 Por qué?.....  
 .....  
 .....

2. ¿El consumo, tráfico y producción de drogas refuerza patrones de exclusión social?

Consumo  
 Tráfico  
 Producción

Sí.....  
 No.....  
 Por qué?.....  
 .....  
 .....

3. Frente a estos problemas, cuáles han sido las principales medidas puestas en marcha por su programa?

Consumo  
 Tráfico  
 Producción

Preventivas.....  
 .....  
 .....  
 De control  
 .....  
 .....  
 Combinadas.....  
 .....  
 .....

5. Qué políticas, programas y medidas han sido las más exitosas y por qué ?

- Consumo
- Tráfico
- Producción

Políticas.....  
.....  
Programas.....  
.....  
Medidas.....  
.....

6. Qué políticas, programas y medidas han mejorado la equidad social ?

- Consumo
- Tráfico
- Producción

Políticas.....  
.....  
Programas.....  
.....  
Medidas.....  
.....

7. En la solución de los problemas de drogas ¿con qué organizaciones trabaja principalmente ?

- Consumo
- Tráfico
- Producción

Gubernamentales.....  
.....  
ONG's comunitarias/locales.....  
.....  
ONG's nacionales.....  
.....  
Otras .....

8. Según su experiencia, cuáles serían los tres principales criterios para el trabajo en red que permita una política de prevención con fortalecimiento del capital social?

1.....  
2.....  
3.....

**USE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO**

**Agradeceremos el envío de toda la información que disponga sobre consumo y represión al tráfico, desagregada por grupos sociales u orientarnos sobre cómo buscarla por vía electrónica.**

**Respuestas a: Irma Arriagada, División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D Santiago, CHILE; Fax: 56 2 2080252 o 56 2 2081946; E-mail: iarriaga@eclac.cl**



## Serie políticas sociales

### Números publicados

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irrarrázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](http://www.cepal.org)

- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998. experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I,(LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II, LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
- 27 Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135) julio de 1998.
- 28 John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999.
- 30 John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
- 31 Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190) abril de 1999.
- 32 Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999.
- 33 CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999.
- 34 Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999.
- 35 Arturo León, Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000.
- 36 Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000.
- 37 Francisco León, Modernización y comercio exterior de los servicios de salud (LC/L.1250-P), Número de venta S.00.II.G.40 (US\$ 10.00), marzo de 2000.
- 38 John Durston, ¿Qué es el capital social comunitario? (LC/L.1400-P), Número de venta S.00.II.G.38 (US\$ 10.00), julio de 2000.
- 39 Ana Sojo, Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica (LC/L.1403-P), Número de venta S.00.II.G.69 (US\$10.00), julio de 2000.
- 40 Domingo M. Rivarola, La reforma educativa en el Paraguay (LC/L.1423-P), Número de venta S.00.II.G.96 (US\$ 10.00) septiembre de 2000.
- 41 Irma Arriagada y Martín Hopenhayn, Las drogas en América Latina (LC/L.1431-P), Número de venta S.00.II.G.105 (US\$10.00) octubre de 2000.

### **Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número**

- Aprendiendo de la experiencia: propuestas para avanzar en la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, CEPAL (LC/R.1885), abril 1999.
- Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), noviembre 1999.
- La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina (LC/G.1975-P), diciembre 1997.

---

El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile. No todos los títulos están disponibles.

- Los títulos a la venta deben ser solicitados a Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, [publications@eclac.cl](mailto:publications@eclac.cl).
- **WWW:** Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:.....
Actividad:.....
Dirección:.....
Código postal, ciudad, país:.....
Tel.: ..... Fax: ..... E.mail: .....