

VI. ¿QUÉ HACER CON LAS DROGAS? OPCIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

LAS DROGAS causan trastornos físicos y psicológicos. Quienes las consumen están expuestos a consecuencias que van desde pequeños malestares hasta serios problemas de salud, y, en algunos casos aislados, incluso la muerte. Sin embargo, como es sabido, hay un gran número de individuos que se desentienden de estos efectos en pos de la gratificación inmediata que produce la droga.

Para la sociedad en su conjunto, las drogas presentan desafíos difíciles de resolver. Si bien puede esgrimirse que cada persona tiene el derecho de hacer con su vida lo que le plazca, nadie vive aislado y los actos de unos tienen consecuencias sobre otros. Esto es especialmente válido para padres, familiares o entornos sociales que son afectados por las conductas de consumidores de estupefacientes.

En un nivel más amplio, las drogas tienen efectos sociales que inciden en la vida pública. Los tratamientos a las adicciones y los problemas de salud pública que se tratan en hospitales y centros de atención representan un costo para el erario público. Además del cos-

to monetario, las drogas pueden reducir la productividad laboral del consumidor y afectar las relaciones familiares, la sociabilidad, etc. En otras palabras, las drogas no tienen solo efectos individuales, sino también sociales, públicos y hasta políticos.

¿Hasta qué punto la sociedad tiene derecho a involucrarse en decisiones que en apariencia son individuales? Debido a que el consumo de narcóticos tiene implicancias sociales mayores, es legítimo que la sociedad se plantee qué hacer frente a esta problemática. En este contexto, toda solución racional debe partir de dos premisas básicas: 1) cualquier definición debe tener una alta cuota de realismo, es decir que las soluciones sean aplicables con los medios disponibles, y 2) debe razonablemente mediar y cuidar los derechos de cada individuo en el marco de la sociedad en la que vive.

¿Qué hacer entonces con las drogas? ¿Se debe castigar a los consumidores, a los distribuidores, a los productores y/o a quienes se encargan de la venta? O por el contrario, ¿se debe liberalizar y legalizar el consumo, o toda la cadena? ¿Habría que discriminar por tipo de droga o todas deben tener un tratamiento similar? ¿Cuáles han sido las experiencias internacionales más exitosas en el tratamiento del problema de las drogas? ¿Qué efectos de política internacional tienen? ¿Qué hacer con la llamada "guerra a las drogas"? En estos dos capítulos se abordan estas preguntas a través de un repaso de las principales políticas implementadas. Se espera que al

final del libro el lector tenga en claro el "menú" de opciones realistas, sobre la base de estudios científicos, realizados especialmente en Estados Unidos y Europa, donde se ha investigado acerca de cada una de ellas. El autor de este libro no se pronuncia aquí por ninguna de las alternativas, simplemente las expone para que cada lector analice la viabilidad y méritos de cada una.

Toda decisión racional debe estar basada en conocimiento informado. Este primer capítulo se enfoca en presentar la evidencia científica más reciente respecto a los temas de política pública. Se busca entender de una manera cabal los temas antes de emitir opinión. En el siguiente capítulo se analiza la principal disyuntiva: legalizar o prohibir.

En las páginas siguientes se revisan algunas premisas básicas que ayudan a ordenar un debate complejo. Estos conceptos no son normativos ni reflejan preferencias individuales, sino que son un conjunto de principios que emanan de la literatura científica, es decir, lo que sabemos y lo que no sabemos respecto de las drogas. Las opciones políticas que se discuten en el capítulo VII se fundan en este conjunto de principios.

1. VARIEDAD DE DROGAS

Existe una gran variedad de drogas y cada día se producen nuevas. Es decir, cuando hablamos de drogas

prohibidas, hablamos de sustancias que pueden ser muy distintas entre sí, estimulan diferentes áreas del cerebro y producen distintos tipos de efectos (euforia, sedación, relajamiento, alucinaciones y otros).

También es importante diferenciar por intensidad del consumo. Este último es un tema de gran importancia porque los efectos adversos de las drogas están relacionados con el nivel de uso o abuso. Al igual que con el alcohol, no tiene el mismo efecto una copa de vino por día que una botella entera o un vaso de cerveza que un vaso de vodka: el nivel de concentración de la sustancia psicoactiva o estimulante tiene una incidencia fundamental en los efectos. Por ejemplo, 1 gramo de cocaína con pureza del 90% es muy distinto a 1 gramo con pureza del 50%. En la marihuana, especialmente desde la producción hidropónica y los mejoramientos de cultivos, el Tetrahidrocannabinol (THC) puede llegar a tener cincuenta veces más potencia que el de una planta tradicional producida hace dos décadas. Cuando las autoridades sancionan a quienes llevan drogas, casi nunca reparan en esta importante distinción.

La variedad de drogas es también muy importante para determinar qué política pública seguir, porque a pesar de que todas tienen efectos adversos, existen diferencias sustanciales. La probabilidad de muerte directa por sobredosis de marihuana es prácticamente nula, mientras que es mucho más probable con sobredosis de heroína. Los efectos del paco o del crack son

mucho más dañinos que los de la cocaína, etc. Además, como se verá a continuación, no existe evidencia suficiente que demuestre que el consumo de una droga promueva el consumo de otras. Es decir, la mayoría de los consumidores fijos de drogas consumen el mismo tipo. Como se señala en el capítulo II, la distinción entre cuatro grandes familias (marihuana, cocaína, opiáceos y sintéticas) es un buen punto de partida, aun cuando existen diferencias entre la cocaína y el crack (ambos son de la misma "familia") y especialmente en las sintéticas (donde existe hoy el mayor desarrollo en nuevas drogas). Por ejemplo, la tradicional metanfetamina es bastante más dañina que algunos estimulantes "cristales" típicos que abundan en los locales bailables.

En resumen, aunque todas las drogas son perjudiciales para la salud, un primer principio básico es que cualquier política pública debería distinguir por tipos de drogas. Así como el alcohol y el tabaco son estimulantes muy distintos entre sí, también la marihuana y la heroína son extremadamente distintas y deberían tener una aproximación de política pública diferenciada.

2. MERCADOS EMERGENTES Y MERCADOS CONSOLIDADOS

El mercado del cigarrillo es uno consolidado. Si bien nuevas generaciones experimentan con tabaco y hay fluctuaciones en los niveles de consumo, es muy im-

probable que se produzca una epidemia o un contagio masivo. En cambio, algunas drogas sintéticas en estos años, así como lo fue el *crack* en Estados Unidos durante la década de 1980 y en Brasil en los años noventa, pueden tener crecimientos explosivos. Las políticas públicas suelen ser muy distintas en función del tipo de mercado que enfrentan. Al igual que con una enfermedad en propagación, la salud pública toma distintas medidas en función del tipo de amenaza que enfrenta.

Como se verá en el siguiente capítulo, las drogas irrumpen y se diseminan con una lógica similar a la de las epidemias y sus ciclos. Prenden primordialmente entre jóvenes, y la mayoría de estos desisten de su uso cuando avanzan en edad. Las drogas producen picos de consumo en la etapa de experimentación inicial de los jóvenes, pero solo una fracción persiste en su uso, convirtiéndose muchos en dependientes crónicos. Es decir, las drogas tienen un crecimiento explosivo en una primera etapa y luego una estabilidad y declinación en el tiempo. Las políticas públicas deben atender estos estadios. En América Latina el mercado del *crack*, por ejemplo, tiene menos de dos décadas y en general menos de diez años, mientras que el de la cocaína está más establecido. Los programas de prevención y tratamientos son diferentes para las distintas etapas del mercado.

No existe el Walmart de las drogas. Este mercado es abastecido, como se vio en el capítulo III, por

una larga línea de actores. En el mercado minorista, los vendedores tienen relativamente pocos clientes. Estudios realizados en Estados Unidos en la década de 1990 muestran que una persona encargada de la venta minorista en promedio tiene diez clientes de drogas duras y veinte de marihuana. En Gran Bretaña, en 1984, 50 mil usuarios de heroína recibían suministros de 4 mil a 6 mil minoristas, y en Francia también se estima que habría unos 36 mil minoristas de drogas duras y 40 mil de cannabis (Kopp, 2011). Aunque no hay estimaciones hechas para la región, los estudios etnográficos, las crónicas periodísticas y la simple observación anecdótica indican que, en las urbes latinoamericanas, la venta doméstica es similar. Es decir que la atomización en la venta minorista es una característica estructural de este mercado, lo que explica la baja efectividad de la política de encarcelamiento masivo. Los *shocks* de oferta al menudeo son poco frecuentes, ya que hay miles de personas listas para tomar el lugar de quienes son detenidos por vender.

En resumen, los mercados consolidados requieren de políticas diferentes a los de los emergentes. En unos se busca contener y reducir el daño, en los otros evitar la propagación. Asimismo, la estructura de comercialización minorista obliga a formular políticas que atiendan la estructura atomizada.

3. CONSUMO RECREATIVO Y ADICCIONES

Para diseñar una adecuada política pública en materia de drogas, es muy importante distinguir entre consumidores ocasionales y frecuentes. Los primeros perciben la droga como un consumo recreativo y los segundos son más propensos a la adicción. Lamentablemente, las encuestas tradicionales de prevalencia no suelen brindar mucha información para distinguirlos. No es lo mismo si alguien consumió algunas veces cocaína en el último año, respecto a quien la consume a diario o aun todas las semanas. En ambos casos, la encuesta registrará que son consumidores, pero los niveles son distintos. Esto es bastante obvio.

Lo que ha sido aún menos estudiado es el efecto que esta distinción tiene en los mercados ilegales y, en consecuencia, en los precios y en el crimen organizado. El ejemplo del mercado de la cocaína en Estados Unidos es muy ilustrativo: algunos estudios de los años noventa concluyeron que el 23% de los usuarios de cocaína lo hacen con asiduidad (al menos dos o tres veces por semana) y el 77% en ocasiones (en promedio, menos de una vez por mes). Sin embargo, los consumidores frecuentes consumen la gran mayoría de la cocaína del mercado y son quienes impulsan los precios, producen la menor elasticidad de la demanda y mantienen un mercado constante. Como se ha dicho a lo largo de este libro, esta

relación 80-20 indica en números aproximados que el 20% de los usuarios consumen el 80% de la demanda agregada de la droga (Caulkins, 2000), mientras que un gran número de usuarios (el 80%) son consumidores experimentales y recreativos que consumen poco (el 20% del total).

Por su parte, el mercado de cannabis y de cocaína en Europa tiene características similares (Room *et al.*, 2008), al igual que en los países de la región. En otras palabras, son pocos los consumidores que impulsan la demanda de los mercados ilegales, lo que abre oportunidades para políticas públicas más focalizadas.

Este fenómeno es muy común en el mercado de la heroína, que es bastante más chico que el de la cocaína, pero más concentrado en muchos adictos.¹ Principalmente en Europa, varias iniciativas se han focalizado en consumidores de heroína, y a través de políticas públicas reducir el daño de las aplicaciones intravenosas, la violencia y la ilegalidad implícita de los adictos que recurren al robo o a la prostitución para obtener ingresos que les permitan sostener ese consumo.²

¹ En 2007, en Estados Unidos, el número de consumidores de cocaína superó los cinco millones de personas (más del 2% de la población entre 15 y 64 años), mientras que los usuarios de heroína fueron cuatrocientos mil (0,18%). Solo un 17% de los usuarios de drogas han consumido cocaína y/o heroína.

² Un viejo estudio en Holanda de los años ochenta, reportado recientemente por Dommett (2010), señala que quienes

Desde una perspectiva social y de salud pública, el problema central, como se ha dicho, es la adicción a las drogas. Los usuarios recreativos pueden también sufrir consecuencias de salud adversas por consumir algún estupefaciente, pero para la gran mayoría las consecuencias son manejables y pueden llevar una vida "normal", aun consumiendo en ocasiones.

Las adicciones son distintas, ya que constituyen una enfermedad que va afectando las vías de transmisiones cerebrales incrementando los niveles de dopamina y alterando varias funciones, en un proceso gradual que comienza en un consumo controlado y voluntario, hasta llegar a un uso permanente y compulsivo a pesar de las obvias consecuencias adversas para la salud. El adicto pierde el control de su voluntad, incrementa el consumo y va padeciendo las consecuencias físicas y psíquicas de la droga. No solo sufre las afectaciones cerebrales, sino también de otras funciones biológicas (circulatorias, respiratorias, hepáticas, renales). Asimismo, genera una serie de repercusiones sociales en su entorno más próximo (la familia y los amigos), laborales (muchos pierden la capacidad de sostener un trabajo estable) y macro-social (especialmente con la heroína), ya que pierden

recurren a la prostitución requieren entre cinco y diez contactos sexuales diarios para sostener la adicción a la heroína. Esto pudo haber cambiado por las variaciones de la estructura de precios, pero da una idea del orden de magnitud.

motivación y contactos con espacios de socialización haciéndose más proclives al aislamiento, a la falta de empatía y a la retracción.

Las políticas públicas deben distinguir entre estos dos universos de usuarios y, por lo general, todos los países tienen algunas políticas para mitigar los efectos nocivos de las adicciones. En cambio, no existe consenso respecto a los millones de usuarios ocasionales, y fundamentalmente qué hacer con los canales de abastecimiento. Antes de abordar este tema, hay que entender algunos aspectos de la neurociencia de las adicciones a las drogas y la pregunta central es: ¿cuál es la factibilidad de que un consumidor recreativo se convierta en adicto? ¿Cuáles son las variables que inciden en esa transformación? Desde una perspectiva de salud pública, comprender bien este proceso permitirá deconstruir mitos y diseñar políticas más efectivas.

Aunque aún no se dispone de un conocimiento completo, algunos estudios en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) aportan evidencia importante. Para empezar, los niveles de adicción dependen de la droga. Por ejemplo, la marihuana produce poca adicción comparada con los alucinógenos. Las drogas más adictivas son la heroína y la cocaína. El 60% de los usuarios de aquella son adictos, y el 28% de los consumidores de cocaína la utilizan con frecuencia. Por

otro lado, los efectos de dosis muy altas son muy diferentes entre las drogas. Un alto consumo de marihuana muy rara vez produce un daño físico catastrófico en el usuario; en cambio, una sobredosis de heroína puede ser devastadora.¹

Es posible sostener (aunque no es científicamente correcto asumir tal proposición) que sesenta de cada cien consumidores que se inician en la heroína terminan siendo adictos, y que 28 de cada cien para el caso de la cocaína. Si esto fuera correcto, habría un 40% de usuarios de heroína y un 72% de usuarios de cocaína que no desarrollarán adicción. ¿Qué determina la proclividad a la adicción? Ya que solo ciertos usuarios se convierten en adictos, ¿existen instrumentos para identificar vulnerabilidades y luego poder intervenirlas?

La literatura reconoce tres factores: los genéticos, los ambientales y los demográficos (Dommett, 2010). Los primeros se refieren a predisposiciones genéticas. Aunque no exista un gen específico que determine la adicción, hay un conjunto de genes que afectan a ciertos comportamientos de proclividad, como la impulsividad. Los factores ambientales son de tipo coyuntural, ya que pueden inclinar a una persona a un

consumo frecuente para paliar adversidades como la pérdida de un ser querido o de un trabajo, infidelidades, abandono, ser víctima de violencia, entre otros. En el marco de una debilidad emocional, algunas personas pueden ser más vulnerables a las drogas. Por último, entre los factores demográficos, la edad parece ser una característica determinante, especialmente en la adolescencia y la temprana adultez.

4. INICIACIÓN, PROPAGACIÓN Y DIVERSIFICACIÓN EN EL CONSUMO DE DISTINTOS TIPOS DE DROGAS

Aunque no se han registrado estudios concluyentes respecto a las trayectorias desde la iniciación hacia la adicción, y el efecto de ciertas drogas hacia el consumo de otras, hay algunas evidencias para tener en cuenta a la hora de optar por distintas opciones de política pública.

En primer lugar, no existen conclusiones firmes acerca de la causalidad del efecto de iniciación. Aunque sabemos que la gran mayoría de quienes consumen marihuana o éxtasis no se convierten en adictos, hay un porcentaje que sí lo hace, y no están claros los motivos ni la forma en que se producen las adicciones.

A su vez, la gran masa de quienes usan drogas mantiene consumos de un solo tipo. Es decir, son relativamente pocos los usuarios "polidrogas". En especial

¹ Hay evidencia que indica que el consumo de marihuana con una gran concentración de THC ha generado efectos adversos en la salud de sus usuarios.

entre las llamadas drogas duras. Quienes usan metanfetaminas, cocaína, heroína o alucinógenos no experimentan dos o más de estas drogas. Menos de un 10% reporta consumos de dos o más de estas drogas "duras". Con alguna mayor frecuencia, pueden algunos de estos también consumir cannabis (15 por ciento).

La iniciación temprana del uso de la droga es un fuerte indicador de los posibles traspasos entre distintos tipos de drogas. Si la iniciación con marihuana se da en una temprana adolescencia, aumentan mucho las probabilidades que con los años se experimente con drogas más duras.

Aunque hay varios estudios que indican que el consumo de cannabis precede al de la cocaína o la heroína, la gran mayoría de los usuarios se mantiene en consumos ocasionales de las llamadas drogas blandas. En Estados Unidos hay 25 millones de consumidores de cannabis, y "solo" cuatrocientos mil de heroína. Claramente, el paso de uno a otro es muy infrecuente. Sin embargo, más del 70% de los que usan heroína se habrían iniciado con marihuana.

Un estudio de 1995 sobre la base de la encuesta de hogares sobre abuso de drogas encontró que solo un 23% de las personas entre 26 y 34 años que utilizaban marihuana alguna vez en su vida habían también consumido cocaína. Estas cifras han ido disminuyendo en los últimos años (Room *et al.*, 2008).

En resumen, la evidencia hasta ahora indica que una mayoría abrumadora de los consumidores utiliza una sola droga prohibida, lo hace con poca frecuencia, experimenta con otras drogas ocasionalmente, y una fracción se convierte en adicta. La creencia de que la diseminación del consumo de las drogas duras es consecuencia de la iniciación en drogas blandas encuentra solo una evidencia muy fragmentada y parcial. Algunos individuos que se inician en la marihuana terminan experimentando drogas de alto poder adictivo y perturbador, aunque la gran mayoría no.

5. DISPONIBILIDAD Y CONSUMO

La pregunta clave para discutir la pertinencia de la legalidad es si la mayor disponibilidad de drogas en el mercado incrementa la cantidad de compradores, y si al aumentar el número de consumidores, por carácter transitivo, también aumenta la proporción de adictos. La evidencia es poco clara, pero menos alarmista de lo que sugieren los prohibicionistas. Por ejemplo, México ha sido productor de opiáceos por casi un siglo y ha abastecido por décadas el mercado de Estados Unidos, sin embargo, no tiene problemas con la heroína. De acuerdo con la encuesta nacional de adicciones (INPRFM, 2011), la prevalen-

cia anual para esta droga (es decir, el porcentaje de usuarios dentro de la población en un año), en México, es del 0,1% entre personas de 12 y 65 años, 18 veces menor que la marihuana y diez veces menor que la cocaína. En el caso colombiano, la Corte Constitucional despenalizó el consumo de cocaína en 1994, y no hay duda de que su disponibilidad es amplia. Aun así, "la paradoja colombiana" indica que no ha habido un crecimiento del consumo, a pesar de las condiciones sumamente favorables para su propagación.

Lo que es una certeza es que ciertos consumidores recreativos avanzarán hacia un consumo frecuente y hasta adictivo. La RAND Corporation (2005) informa que, a pesar de que la gran mayoría de los consumidores recreativos no avanzan hacia un aumento de la dependencia, un porcentaje sí lo hace: un 23% en la heroína, un 17% en la cocaína y un 9% en la marihuana. Como se verá más adelante, estos son quienes requieren asistencia de servicios médicos y sociales, y serán a su vez quienes impulsen la demanda agregada.

Los datos respecto a la letalidad de las drogas son poco claros, pero dan un indicio de su magnitud. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) estima cuarenta muertes relacionadas con las drogas por cada millón de habitantes entre 15 y 64 años en el mundo

entero. Sin embargo, desagregado por zonas, hay mucha varianza: en Estados Unidos y Canadá son 142 por cada millón, mientras que América Latina y el Caribe tienen la cifra más baja de todas las regiones: 15,1 por cada millón (UNODC, 2014). La gran mayoría de las muertes son por efectos de la heroína, aunque hay muchas causas precipitadas por accidentes de tránsito, producto de individuos que condujeron bajo los efectos del cannabis.

6. CANNABIS

En los últimos años, el debate público sobre la legalización se ha centrado en el cannabis. Esta sección aporta información específica sobre los efectos de esta sustancia, que es la de mayor uso. A pesar de que se desconocen muchas de sus características y efectos, la evidencia indica que es una de las drogas menos dañinas, aunque está asociada a trastornos físicos y psíquicos. En efecto, en algunos casos está asociada a la pérdida de memoria de corto plazo, a la pérdida de concentración y a la disminución de las funciones motoras. No obstante, como lo señala el Informe Mundial de Drogas de hace algunos años, "el consumo no muestra los mismos patrones de uso dependiente y habitual como el consumo de cigarrillos, y no hay mortalidad relacionada con las

drogas asociada directamente a los efectos acumulativos del cannabis" (UNODC, 1997).⁴

El cannabis altera las percepciones, produce euforia, relajación e intensifica las experiencias sensitivas. Bajo su efecto, disminuye la atención, los tiempos de reacción y las capacidades motoras, habitualmente por una o dos horas después de su uso (Iversen, 2007). Quienes reportan sensaciones desagradables informan que suben los niveles de ansiedad y pueden producirse ataques de pánico, lo que muchas veces provoca que el usuario desista de su consumo (Hall y Pacula, 2003).

El mayor problema de salud pública que produce el cannabis son los accidentes automovilísticos que se generan por los conductores que manejan bajo sus efectos. Al igual que con el alcohol, una serie de estudios, resumidos en Room *et al.* (2010), demuestran que hay una presencia desproporcionada de cannabis en la sangre de conductores muertos en accidentes de tránsito, y también se reportan muchos accidentes producto de la reacción tardía de conductores intoxicados. Otros problemas de salud que se han de-

⁴ Un típico cigarrillo de marihuana pesa entre 0,25 y 0,75 gramos. Estudios de laboratorio realizados con roedores estiman que para que el cannabis tenga un efecto fatal en seres humanos del 50% se deberían consumir dosis de entre 15 y 70 gramos por día, muchísimo más de lo que consume el usuario más adicto (Gable, 2004). Las muertes por uso de cannabis son muy poco frecuentes.

tectado entre usuarios crónicos de cannabis son la baja de las defensas inmunológicas, las afectaciones a la salud reproductiva (en particular, en jóvenes) y ciertas enfermedades respiratorias. Al igual que con el cigarrillo, se han reportado casos de cáncer de pulmón y vías respiratorias, como así también casos de afectaciones cardiovasculares, especialmente entre los mayores.

El cannabis es sin dudas la droga más usada. En 2005, se estimó que 160 millones de personas, un 4% de la población mundial adulta, la consumía. Más impactante aún: si se excluye a los usuarios de cannabis, el número de consumidores de todas las otras drogas apenas representa el 1% de la población adulta mundial (Room *et al.*, 2008). Es decir, cuantitativamente, y esto también es válido para América Latina, la marihuana representa el 70% del universo de usuarios. Asimismo, su contraste con otras drogas desnuda una cruda realidad: los agudos trastornos de salud que provocan el resto de las drogas afectan a una fracción muy pequeña de la población.

El uso de cannabis está muy extendido. En países con consumo alto, como Estados Unidos, la mitad de los adultos que nacieron después de 1960 lo han fumado. Aproximadamente uno de cada seis lo ha consumido a lo largo de un año o más. En Gran Bretaña, las cifras son muy similares (Reuter, 2009) y en Australia, un 34% de las personas mayores de 15 años

reportó haberlo consumido alguna vez (AIHW, 2008). Ya en 2005, un 40% de los adultos reconocieron haber usado cannabis en su vida y, entre adolescentes, un 13% reportó haber fumado marihuana durante el último año (SAMHSA, 2006). En Argentina, el 9,1% de la población adulta habría usado marihuana alguna vez en su vida.⁵

El caso de Holanda merece una mirada aguda, ya que es la experiencia más cercana a la legalización, dado el permiso explícito de venta legal en los cafés autorizados. Uno de los resultados más sorprendentes es que el nivel de consumo en Holanda es menor al de la mayoría de los países de Europa Occidental, y bastante inferior al de Estados Unidos: el 6% de los holandeses entre 15 y 64 años usaron marihuana durante el último año, mientras que en Estados Unidos el porcentaje fue del 11% (Reuter, 2009).

El uso de cannabis predomina entre jóvenes. Las investigaciones indican que su pico se produce en adultos entre 20 y 25 años, y comienza a descender de forma notoria a partir de los 30 años. Más importante es la proclividad a un uso adictivo de la droga. En Estados Unidos y Australia, una de cada diez personas que fumaron marihuana se convierten en usuarios diarios, y otras dos o tres la consumen semanalmente (Hall y Pacula, 2003). De acuerdo con esta fuente, en-

⁵ Disponible en línea: <www.observatorio.gov.ar>.

tre seis y siete de cada diez fumadores de marihuana la abandonan o bien la consumen con poca frecuencia.

El fuerte sesgo en el consumo de la marihuana replica la misma regla de 80-20 que presenta la cocaína, que también se observa con el alcohol (el 20% de quienes ingieren alcohol en Estados Unidos consumen entre un 87% y un 89% del total).⁶ Un estudio señala que, entre aquellos que dicen haber fumado cannabis menos de treinta días en el curso del año anterior, un 70% habrían fumado un solo cigarrillo por día, un 20% dos y solo un 1% más de seis cigarrillos en un día. En cambio, entre aquellos que reportaron haber usado cannabis al menos 240 días del año anterior, un 34% fumó solo un cigarrillo por día; un 25%, dos; un 21%, tres, y un 11%, más de seis cigarrillos cada día. Es decir que la intensidad del consumo se ubica entre los usuarios frecuentes (Gettman, 2007), quienes, aunque son menos consumidores, consumen la mayor cantidad de la droga.

En cuanto al tráfico, el cannabis difiere de otros narcóticos ya que se produce en más de 120 países. Dado que es factible plantarla en pequeños jardines y espacios hogareños, así como también existe la producción hidropónica y casera, hay miles de individuos que producen para uso personal o de su entorno, y para una pequeña comercialización local. De todas maneras,

⁶ Véase Greenfield y Rogers (1999).

Marruecos, Pakistán, México, Colombia y Paraguay son considerados exportadores netos de la droga. Esta producción muy atomizada ha sido muy eficiente para abastecer mercados domésticos, en una gran variedad de tipos y calidad, y explica por qué el tráfico internacional es, en proporción, menor al de la cocaína y la heroína. También, por su estructura de producción y de distribución, es sustancialmente más barata.

7. SÍNTESIS

Para resumir los efectos diferenciados de distintas sustancias, se presenta en el cuadro VI.1, tomado de Room *et al.* (2008: 52), una síntesis de la investigación científica que compara los efectos de las distintas sustancias. Este cuadro resume clasificaciones hechas por distintos investigadores en los últimos quince años.⁷ La primera columna señala el grado de peligrosidad de la droga sobre la base del número de dosis habituales que habría que consumir para desencadenar un desenlace fatal (elaborado por Gable, 2004). Como se observa, la heroína es muy peligrosa, ya que seis dosis pueden provocar una sobredosis de consecuencias letales o muy adversas. La cocaína y el MDMA se sitúan en un plano intermedio con respecto a los

⁷ Para mayores detalles, véase Room *et al.*, 2008: 51-56.

efectos adversos, mientras que la marihuana produce desenlaces inmediatos graves en muy pocas ocasiones.

La segunda y la tercera columna clasifican los grados de intoxicación y dependencia (elaborado por Henningfield y Benowitz, y reportado por Hilt, 1994). El alcohol es considerado altamente tóxico, pero se clasifica cuarto entre los cinco de los que poseemos datos por grado de dependencia. De nuevo, la heroína es la más nociva, la cocaína algo menos y el cannabis presenta la menor clasificación.

Lo mismo se observa en la cuarta columna (elaborada por Strategy Unit, 2005). En ella se describe, en opinión de especialistas consultados, el grado de adicción potencial, y esta se relaciona con otra escala elaborada por Roques (1999) acerca del grado de dependencia psíquica, que está especificada en la quinta columna.

La última columna presenta una escala del concepto de amenaza o peligro social que refiere a

estados de comportamiento que pueden generar una conducta incontrolada y muy agresiva [...] inducida por el producto y que produce desórdenes (peleas, robos, delitos, etc.) con el objeto de obtenerlo o que ponen en riesgo a la persona o a otros, por ejemplo, en el caso de manejar un vehículo.⁸

⁸ Del original en francés de Roques, 1999: 226, reportado en Room *et al.*, 2008: 53.

CUADRO VI.1. Escala de peligrosidad de las distintas sustancias

Sustancia	Tasa segura	Efectos de intoxicación	Dependencia	Adicción potencial	Grado de dependencia psicológica	Amenaza social
Cannabis	1.000 fm	Cuarto	Quinta	**	Débil	Débil
MDMA	16 or	s. d.	s. d.	**	s. d.	Débil
Estimulantes	10 or	s. d.	s. d.	***	Medio	Débil con excepciones
Tabaco	s. d.	Quinto	Primera	***	Muy fuerte	Ninguna
Alcohol	10 or	Primero	Cuarta	***	Muy fuerte	Fuerte
Cocaína	15 in	Tercero	Tercera	***	Fuerte pero intermitente	Muy fuerte
Heroína	6 iv	Segundo	Segunda	*****	Muy fuerte	Muy fuerte

Referencias: fm = fumado; or = oral; in = intranasal; iv = intravenosa.
Tasa segura (*safety ratio*) = dosis efectiva habitual/dosis letal.
Fuente: Room *et al.*, 2008.

Como se observa, el cuadro resume la información científica de cientos de estudios y es bastante concluyente en sus resultados. Habiendo revisado los efectos de las drogas, las probabilidades de contagio y algunas características de los mercados, es posible encarrar con más información las opciones de política pública, lo que será tarea del próximo capítulo.