



INSTITUTO MEXICANO PARA LA COMPETITIVIDAD

Contenido

Manual de Referencia sobre política de drogas

Drogas: definiciones y efectos

Marihuana

- Efectos a corto plazo

- Efectos a largo plazo

- Proceso de producción

- Descripción de flujos

Cocaína

- Efectos a corto plazo

- Efectos a largo plazo

- Proceso de producción

- Descripción de flujos

Heroína

- Efectos a corto plazo

- Efectos a largo plazo

- Proceso de producción

- Descripción de flujos

Mentanfetaminas

- Efectos a corto plazo

- Efectos a largo plazo

- Proceso de producción

- Descripción de flujos

Datos básicos sobre uso, abuso y dependencia

Algunas estadísticas de consumo

- Estados Unidos

- México

- Algunos comentarios sobre las estadísticas de consumo

Historia básica del control de drogas

- México

- Estados Unidos

Tráfico

- Tamaño del mercado

- Algunas estimaciones sobre el tamaño del mercado de drogas ilícitas (a manera de ilustración)

Instrumentos de política pública

- Prevención

- Tratamiento

- Reducción de daños

- Debates

- Contornos generales del debate sobre drogas

Anexos

Alcances de las convenciones sobre control de drogas

- México

- Estados Unidos

Anexo 2

Manual de referencia sobre política de drogas

Este manual ha sido concebido con el fin de facilitar el acceso a la información sobre drogas en el contexto mexicano e internacional. Si bien se habla mucho del tema, existe poca información sobre la naturaleza, historia, formas de producción, redes de distribución y mecanismos de control de las drogas. El objetivo de este manual es ofrecer una herramienta concisa y flexible que funcione como referencia de consulta con información básica sobre drogas y narcotráfico. Además de información genérica sobre el tema, el manual tiene secciones específicas dedicadas a cuatro sustancias, particularmente relevantes en el contexto mexicano: marihuana, cocaína, heroína y metanfetaminas. Asimismo, se incluye una sección sobre alternativas regulatorias al régimen vigente, donde no se busca promover un camino específico de política pública, sino simplemente proveer algo de claridad sobre el lenguaje y los términos generales de la discusión.

Drogas: definiciones y efectos

¿Qué son las drogas? Definición general

El término droga tiene diversas connotaciones. *“En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental”*¹. En el campo de la farmacología se define como aquella *“sustancia química que modifica procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos”*.²

Asimismo, la OMS las define como *“[...] cualquier sustancia química de origen natural o sintético que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras”*. En el lenguaje coloquial se refiere a las sustancias psicotrópicas ilegales que pueden consumirse a través de los diversos medios de administración -oral, intravenoso, inhalado, etc.-, produciéndose una alteración del funcionamiento normal del sistema nervioso central del usuario y pueden llegar a generar dependencia psicológica, física o ambas. Aunque las sustancias psicotrópicas no sean ilegales, sí pueden serlo su producción, distribución, venta o consumo en determinadas circunstancias y jurisdicciones o, cuando éstas se realicen fuera de los canales legales permitidos.

1 Glosario de términos de alcohol y drogas, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España y Organización Mundial de la Salud, Madrid, 1994, p. 33.

2 *Idem.*

Marihua



La marihuana -cannabis- proviene de una planta de la familia de las *cannabaceae*³, que tiene, un tallo erguido, ramoso, áspero, hueco y vellos; con hojas opuestas y divididas en hojuelas en forma de punta de lanza y flores verdosas.

La cannabis y su resina se encuentran incluidas en las listas I y IV del Convenio de la Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Ésta define a la cannabis como “las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis (a excepción de las semillas y hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído resina” y resina de cannabis a la que es separada de la planta de cannabis, ya sea en bruto o purificada.

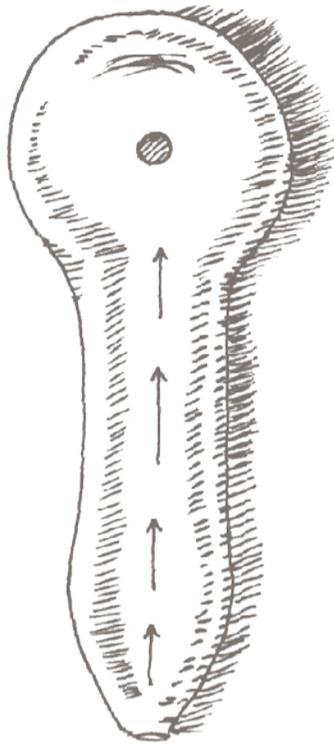
La marihuana se produce a partir de la combinación de capullos en flor, semillas, hojas y tallos secos de la planta del cáñamo, principalmente de alguna de las siguientes variedades o de un híbrido de las mismas: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* y *Cannabis ruderalis*. Cabe aclarar que existe cáñamo que no contiene el compuesto psicoactivo y se utiliza de forma legal en la industria. El principal compuesto psicoactivo del cannabis es el delta-9-tetrahidrocanabinol [THC]; sin embargo, contiene más de cuatrocientos compuestos químicos diferentes, tales como el cannabidiol [CBD], el cannabinol [CBN]. Estos últimos juegan un papel importante en la producción o modulación de los efectos psicoactivos de la marihuana, por lo que su índice de psicoactividad se calcula multiplicando la cantidad de THC por la de CBN y dividiendo su resultado por la cantidad de CBD, toda vez que el CBN potencia el efecto psicoactivo y el CBD lo mitiga. La forma más usual de consumo de la marihuana es fumada o comida. Sin embargo, también se utiliza en forma de resina llamada hachís, como líquido negro pegajoso llamado aceite de hachís o en polvo tamizado⁴ a partir del capullo en flor y de hojas de cannabis, que recibe el nombre de quife. Estas últimas son consumidas principalmente por inhalación de humo de tubos pequeños, bongos (versión portátil de pipa con cámara de agua), envueltos en papel o el tabaco envuelto en hoja de embota.

3 Especie herbácea, caracterizada por tener hojas alternas o helicoidales con apéndices dobles, ubicados ambos lados de la base de la hoja, con flores unisexuales. La marihuana presenta flores dioicas, es decir, cada planta sólo presenta flores de un mismo sexo.

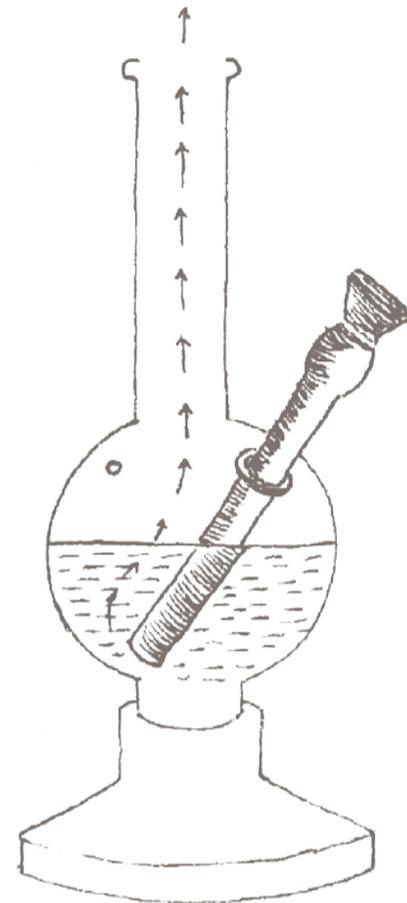
4 El polvo de resina, el cual es extraído las flores, cogollos y hojas de la Cannabis.

Formas de consumo de la marihuana

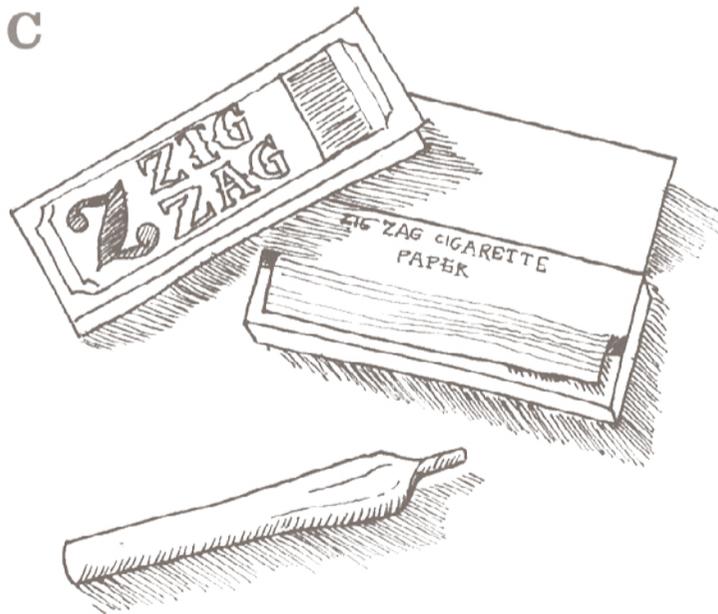
A



B



C

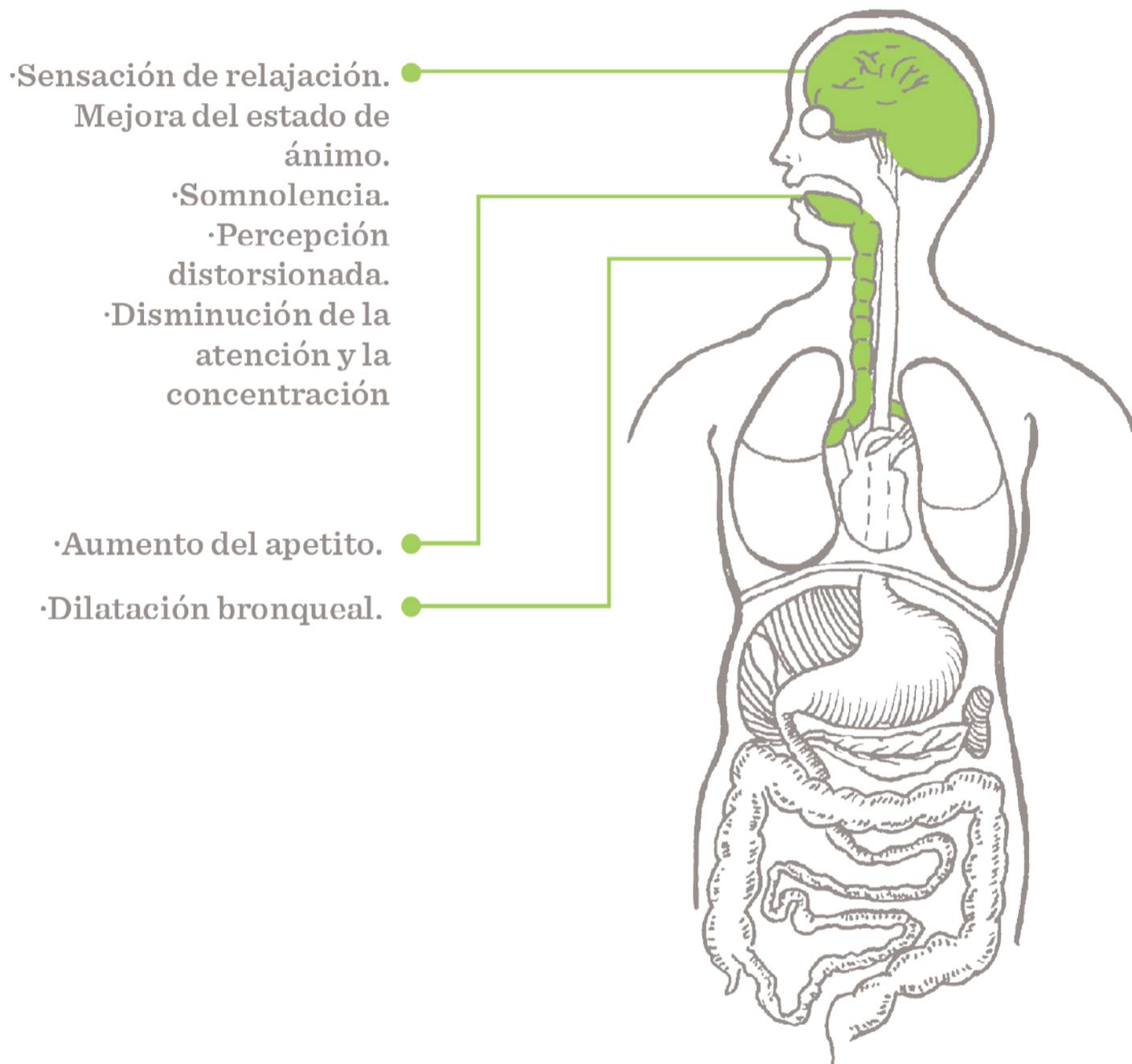


-
- A) Inhalación de humo de tubos pequeños,
B) Bongos (versión portátil de pipa con cámara de agua),
C) Envueltos en papel o el tabaco envuelto en hoja de embota.



Marihuana: Efectos a corto plazo

Marihuana: Efectos a corto plazo



Los efectos de la *cannabis* dependen de la potencia de la droga y su forma de ingesta. Por regla general el consumo de marihuana produce una sensación de relajación y de mejora del estado de ánimo. Asimismo, se acompaña de resequead en la boca, aumento del apetito, relajación muscular, dilatación bronqueal, somnolencia, baja de presión arterial, falta de coordinación motora, percepción distorsionada, disminución de la atención y la concentración. Los efectos en las funciones mentales, como son la pérdida de memoria a corto plazo y la dificultad para pensar y resolver problemas, pueden permanecer hasta 24 horas después de su ingesta.

| Producto | Porcentaje promedio de THC |
|--|--------------------------------------|
|  <p>Marihuana de grado bajo</p> | 1% – 3% |
|  <p>Marihuana de grado medio</p> | 3% – 7% |
|  <p>Marihuana de grado alto</p> | 7% – 20% |
|  <p>Hachis</p> | 7% – 20% |
|  <p>Aceite de hachis</p> | 20% – 70% |



Los principales efectos buscados por los usuarios de cannabis de forma recreativa son la relajación y los cambios en la percepción. Los efectos con dosis bajas de marihuana de grado medio o alto son una sensación de bienestar, aumento leve de los sentidos (olfato, gusto, oído), cambios sutiles en el pensamiento y de expresión, locuacidad, risas, aumento de la apreciación de la música, aumento del apetito, y leves efectos visuales con los ojos cerrados. En dosis más altas, las representaciones visuales pueden ser más evidentes, el sentido del tiempo se altera, la capacidad de atención y la memoria son frecuentemente afectadas, y los procesos del pensamiento y la percepción mental pueden ser alterados de manera significativa.

Los efectos de fumar cannabis suelen ser más ligeros que los de muchas otras sustancias psicoactivas recreativas. La gente en general es capaz de llevar a cabo acciones y actividades normales aun teniendo sus efectos, aunque no es recomendable llevar a cabo acciones que requieran de coordinación compleja como el conducir un vehículo.

La sobredosis mortal es prácticamente imposible. Sólo en casos de dosis particularmente altas se llega a presentar ansiedad y miedo.

Estudios científicos señalan para la *cannabis* usos médicos válidos entre los que se encuentran los siguientes:

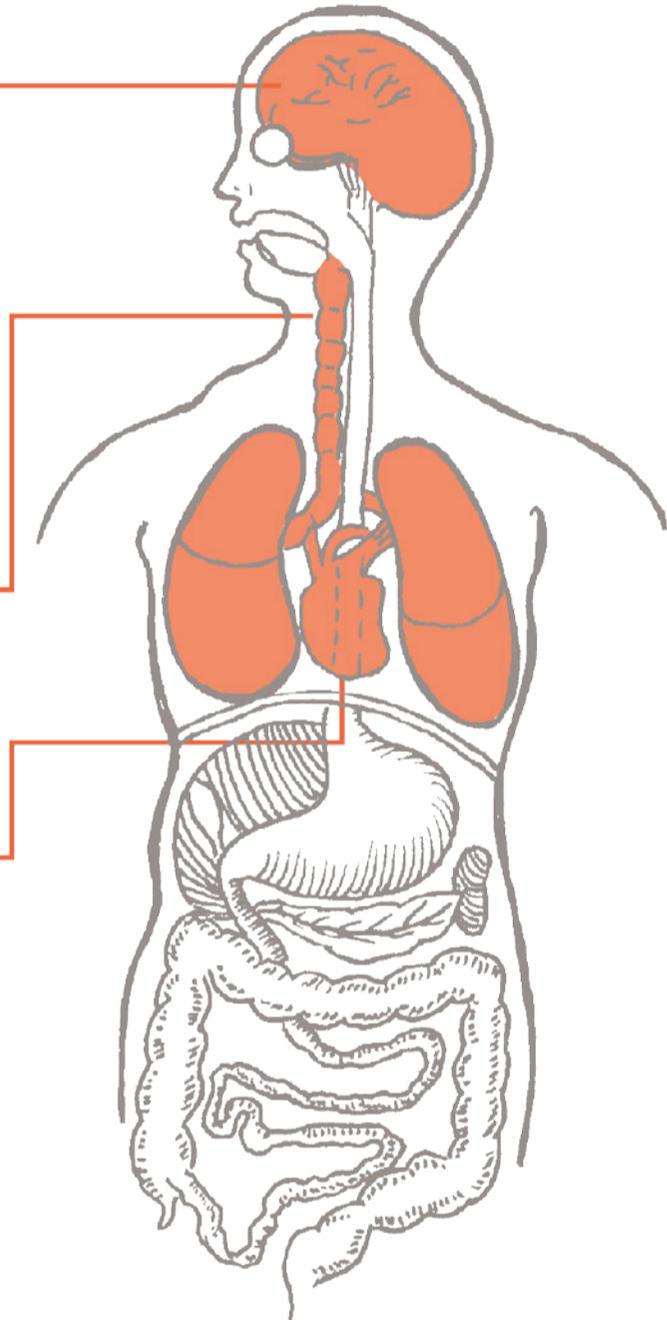
| | |
|---|--|
| Cáncer | <ul style="list-style-type: none">·Elimina las náuseas provocadas por la quimioterapia.·Ayuda a los pacientes a recuperar peso y estimula el apetito.·Mitiga dolor. |
| Glaucoma | <ul style="list-style-type: none">·Ayuda a reducir la presión ocular cuando es demasiado alta. |
| SIDA | <ul style="list-style-type: none">·Estimula el apetito en pacientes con el síndrome de desgaste.·Mitiga dolor. |
| Anorexia | <ul style="list-style-type: none">·Estimula el apetito y ayuda a mantener el peso corporal. |
| Esclerosis Múltiple | <ul style="list-style-type: none">·Relaja los músculos.·Ayuda a que se presente mejoría del dolor, los temblores, la ataxia*, la sensación de hormigueo y el control de esfínteres. |
| Dolor por daño en el plexo branquial y artritis reumatoide | <ul style="list-style-type: none">·Amplios estudios clínicos han probado las propiedades analgésicas de los derivados del cannabis. |
| Epilepsia | <ul style="list-style-type: none">·Potencia la actividad anticonvulsionante de la fenitoína y del diacepam. |
| Enfermedad de Alzheimer | <ul style="list-style-type: none">·Incrementa el apetito y reduce las alteraciones del comportamiento y la agitación. |

* La ataxia es un síntoma caracterizado por la descoordinación de los movimientos en algunas partes del cuerpo.

Efectos a largo plazo

Marihuana: Efectos a largo plazo

- Deterioro de la memoria a corto plazo.
- Puede causar psicosis a largo plazo.
- Daño a los pulmones.
- Problemas de la garganta.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.



En el largo plazo aumenta la frecuencia cardíaca y puede causar daño a los pulmones y problemas en la garganta similares a los del tabaco cuando se fuma o inhala. Algunos autores indican que también deteriora la memoria a corto plazo y que en las personas susceptibles, por predisposición genética, puede causar psicosis; sin embargo, no existe evidencia científica para sostener dichos efectos.

Existe debate entre los científicos de que el uso regular de *cannabis* pueda dar lugar a habituación psicológica. Algunos estudios han estimado que entre el 5 y el 10% de aquellos que alguna vez probaron *cannabis* se convierten en usuarios diarios en algún momento de su vida. Sin embargo, existe evidencia de que la mayoría de los consumidores habituales abandonan el hábito a los 30 años y sólo pocos permanecen fumadores diarios después de los 40.

Proceso de producción

La concentración de THC de las plantas está determinada por factores genéticos. Las plantas con mayor concentración de THC tienen un mayor precio en el mercado, pero de ellas se obtiene menor cantidad de producto por planta.

Las semillas de marihuana han sido adaptadas para poder ser producidas en lugares abiertos, bajo techo permitiendo su cultivo en cualquier zona geográfica. A continuación se muestran las generalidades de ambos tipos de producción.

Producción de la marihuana (1 de 2)

| | Cultivo interior | Cultivo exterior |
|--|---|---|
| Tiempo de producción -Siembra hasta cosecha- | 9 a 16 semanas | 20 a 25 semanas |
| Ventajas y desventajas | Menor producción por planta. Producción todo el año Mayor control del manejo de la planta, en especial en la fase de floración y sexuado. Intensiva en mano de obra y requiere de tecnología para la producción de luz, mantener la humedad y nutrientes necesarios. Mayor costo de producción. | Mayor producción por planta. Producción sólo una vez al año. Menor control del manejo de la planta por inclemencias de clima. Mano de obra intensiva en las fases de siembra, trasplante, sexuado, cosecha de la planta. Menor costo de producción. |
| Siembra | No importa la época del año | En primavera |
| Cosecha | Determinada por la maduración de la planta | En otoño |
| Espacio entre cada planta | 5 cm entre cada semilla hasta la segunda semana. Trasplantar a contenedores grandes cada planta (aproximadamente 60 cm de diámetro) | 5 cm entre cada semilla hasta la segunda semana. Trasplantar dejando separación de 1 metro entre cada planta. |



Producción de la marihuana (2 de 2)

| | Cultivo interior | Cultivo exterior |
|----------------------------|---|---|
| Secado de la planta | <p>Permite controlar la humedad y la luz.</p> <p>2 a 3 semanas, en lugar ventilado y sin luz</p> | <p>El secado en el exterior reduce la potencia de los cogollos obtenidos.</p> <p>La luz y el secado rápido transforman parte del THC en CBN</p> |
| Curado | <p>Consiste en eliminar la clorofila de la planta. Se realiza a través de un proceso de secado lento.</p> <p>Se requiere de latas, botes de vidrio o cajas de madre en los cuales se introducen los cogollos, los cuales son destapados de 10 a 30 minutos dos veces al día hasta que la hierba seca pierde su color verde intenso. El proceso dura entre 2 a seis semanas.</p> | <p>No se puede realizar en exterior.</p> |



Generalmente los cultivos en exterior se realizan en lugares remotos o de difícil acceso y en extensiones dispersas para evitar su detección. Mientras que los cultivos bajo techo concentran un gran número de plantas y utilizan sofisticadas tecnologías agrícolas para lograr un mayor rendimiento por metro cuadrado, así como para aumentar la calidad y potencia de las plantas. El rendimiento de cada planta depende de su especie, el tipo de cultivo -interior y exterior-, la calidad de la semilla y del manejo al que sea sujeta. Por lo anterior, es difícil realizar un cálculo exacto sobre el potencial de producción de marihuana.

El proceso de producción de hachís inicia una vez que los cogollos y las hojas cercanas a ellos se encuentran secos. El proceso puede realizarse mediante:

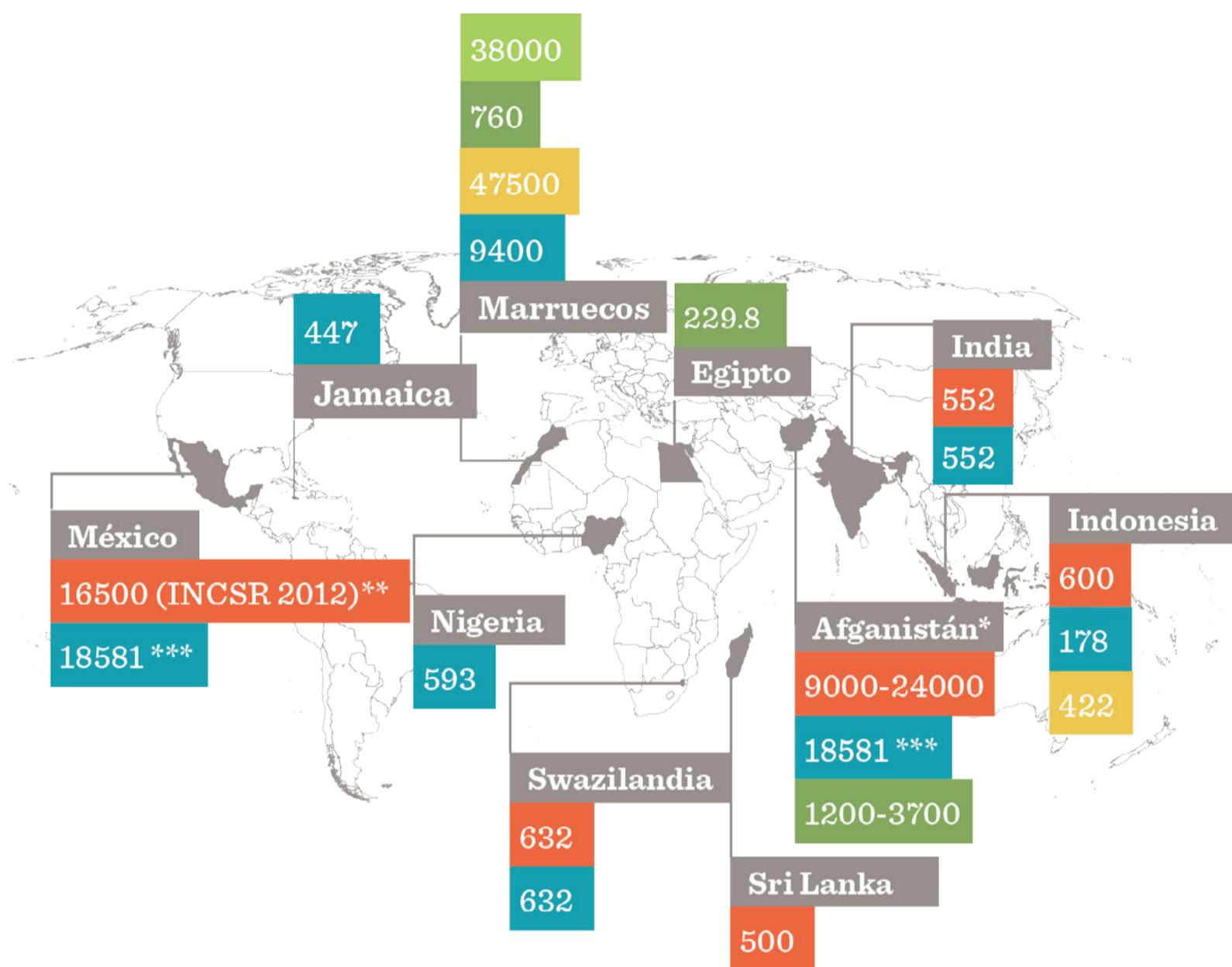
- Tamizado que permite separar la resina de la materia vegetal. Esta técnica es la más utilizada para su producción en zonas templadas y secas.
- En zonas tropicales húmedas como Nepal la producen por medio de charas, frotando los cogollos vivos con las manos o con cueros y posteriormente separando la resina adherida a ellos.
- Extracción de resina por medio de agua fría, la cual separa la resina de la materia verde, al quedar esta última flotando en el recipiente.

Una vez obtenida la resina pura mediante alguno de los métodos anteriores se inicia el proceso de curación el cual dura entre seis meses a un año.

Zonas de producción

El cálculo de la producción potencial de marihuana es altamente complejo, ya que no se tienen métodos unificados para la realización de estimaciones, además de que no se tiene conocimiento de la extensión de la producción bajo techo.

El Informe Mundial de Drogas 2012 señala que son pocos los países que realizan estimaciones sobre la extensión de los cultivos de cannabis, así como de la producción potencial de los mismos, además de que no reportan la metodología utilizada para sus cálculos, por lo que sólo incluyó un cuadro con información disponible sobre el alcance del cultivo y la producción de cannabis en los principales países productores, para 2010, el cual se reproduce a continuación:



Áreas de cultivo (hectáreas)

Áreas de erradicación (hectáreas)

Áreas cosechables (hectáreas)

Producción (toneladas)

Resina de cannabis

Hierba de cannabis

Fuente: Informe Mundial de Drogas 2012, con datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales (2010). Sólo se mencionan áreas superiores a 100 hectáreas.

*Información procedente del estudio sobre el cannabis realizado por UNODC en Afganistán en 2010 y 2011.

** El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, dado que no forman parte de sus estadísticas oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas.

***Información proporcionada por el Gobierno de México a ONUDC.



De conformidad con el informe *“El Problema de las Drogas en las Américas 2013”*, publicado por la Organización de los Estados Americanos *“México, Estados Unidos, Colombia, Paraguay y Canadá son los principales países productores de cannabis en las Américas.”* Asimismo, señala que *“se considera que desde México se suministra alrededor de la mitad del cannabis que se consume en Estados Unidos, aunque existe incertidumbre con respecto al porcentaje”*.

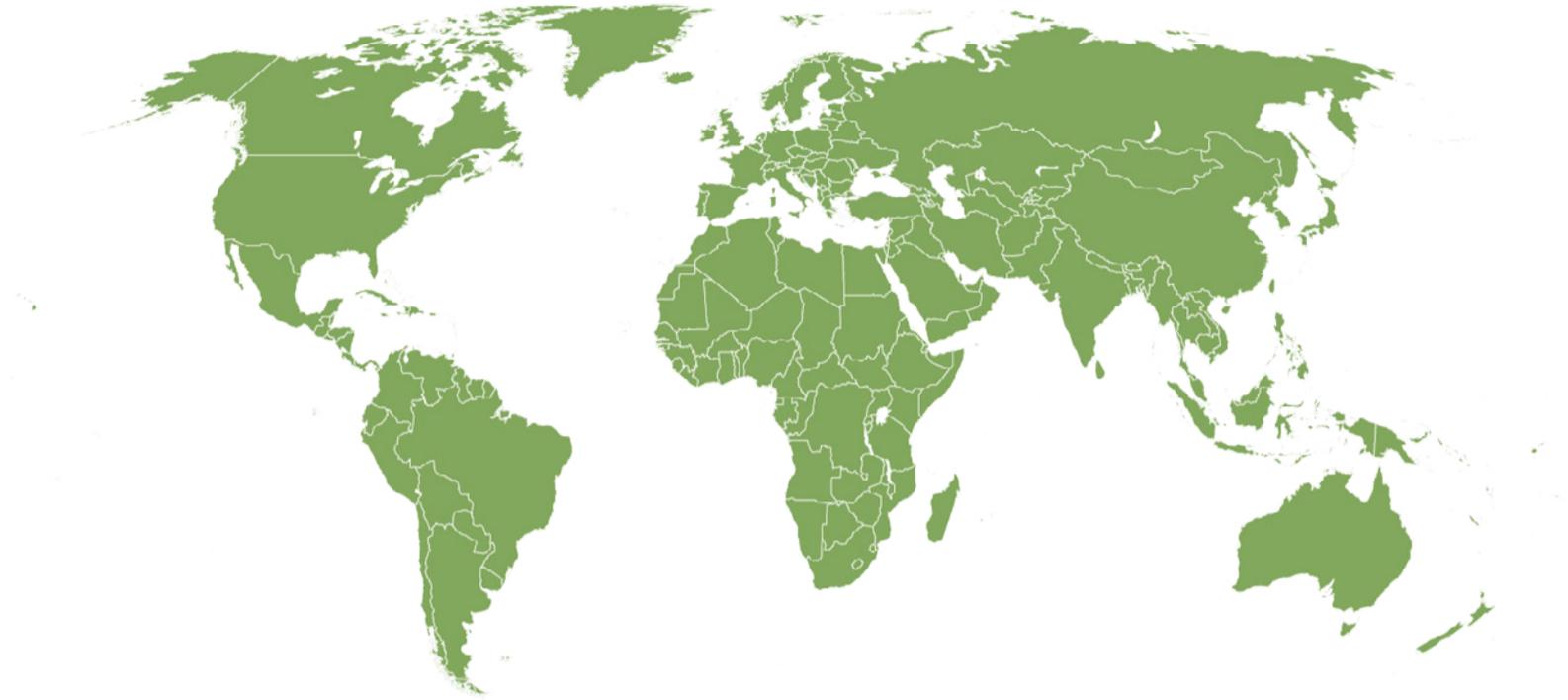
El Departamento de Estado de los Estados Unidos, en la Evaluación Nacional de Amenazas por Drogas 2010, estimó que México produjo en 2008, 21,500 toneladas métricas de marihuana, es decir, dos veces más que su estimación para 2005 que fue de 10,100 toneladas métricas.

La estimación del Departamento de Estado de los Estados Unidos ha sido cuestionada por diversos analistas, entre ellos por Beau Kilmer, por las siguientes razones:

- La estimación máxima sobre consumo de marihuana en los Estados Unidos de América realizada por la UNODC es aproximadamente de 5,000 toneladas métricas para 2008.
- Se calculaba que un porcentaje elevado de la marihuana consumida en el país vecino se importaba de México. Estos estudios no son concluyentes sobre la participación exacta del mercado, la literatura lo estima en un rango entre 40 y 70%.
- Los datos de decomisos de ambos lados de la frontera oscila aproximadamente en 4,500 toneladas métricas, lo que no explica el diferencial entre los datos de UNODC y el Departamento de Estado de los Estados Unidos⁵.
- La Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y Salud de Estados Unidos 2005 a 2008 no varía mucho respecto al número de consumidores de marihuana en el último mes manteniéndose alrededor de 15,000,000.
- Las estimaciones sobre producción en México son inconsistentes con las estimaciones de demanda de los Estados Unidos y México.

5 Datos de decomisos: Fuente México: Esfuerzo Nacional 2010; Fuente Estados Unidos: Página del Departamento de Justicia de los Estados Unidos <http://www.justice.gov/archive/ndic/pubs38/38661/marijuana.htm>.

Descripción de flujos

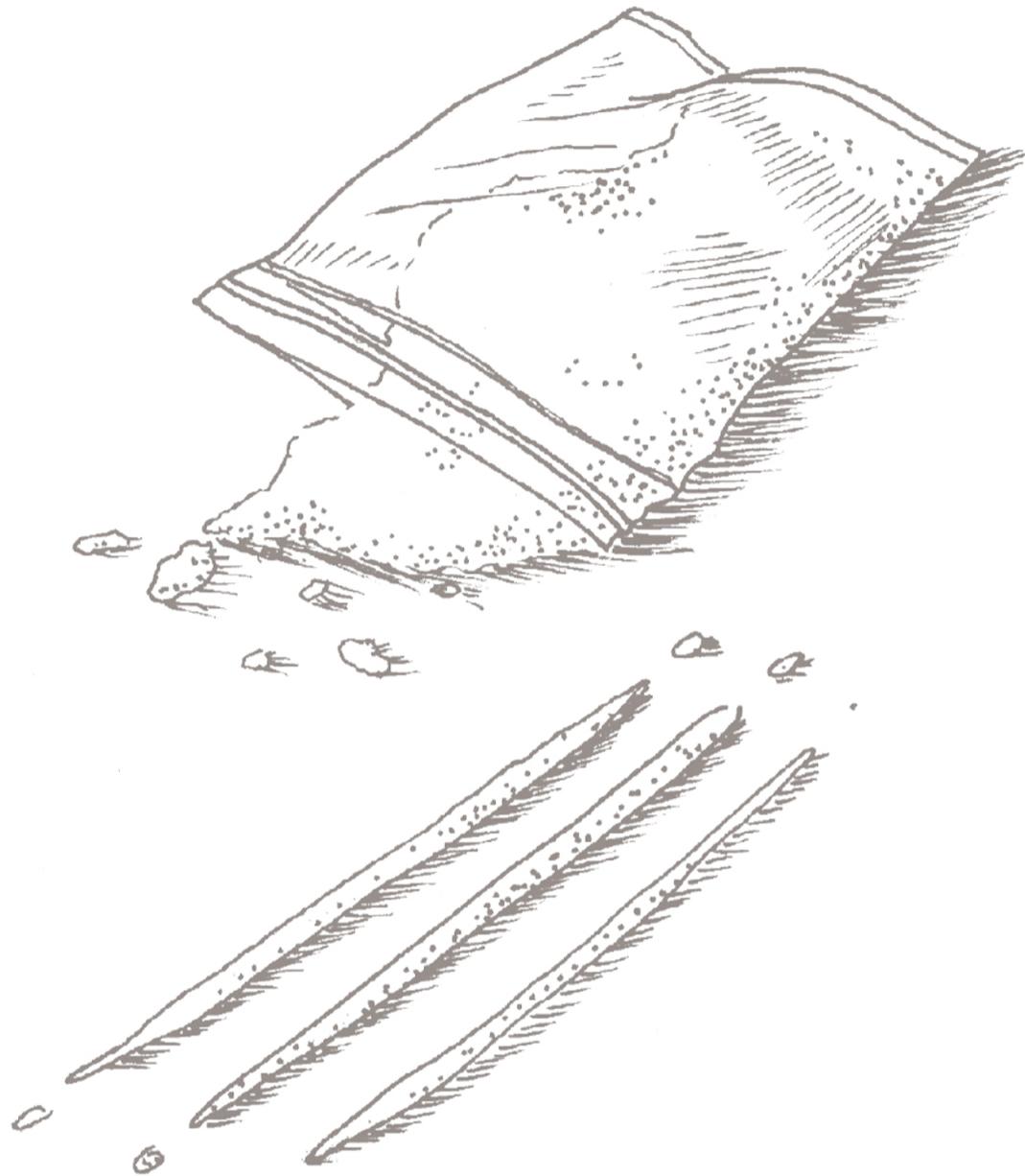


■ Zonas posibles de producción de Marihuana



La marihuana es producida prácticamente en todos los países del mundo, por lo cual la mayor parte del cultivo se dedica a satisfacer mercados internos. Sólo unos cuantos países (México, Marruecos, Paraguay) exportan un volumen importante de cannabis y, por lo regular, el comercio es intrarregional (México a Estados Unidos, Marruecos a Europa, Paraguay al Cono Sur). No hay evidencia de tráfico intercontinental amplio de esta sustancia.

Cocaína



La Cocaína –benzoilmetilecgonina- es un alcaloide tropánico⁶ que proviene de las hojas de la planta de coca. Tiene un efecto estimulante de corta duración en el sistema nervioso central, ya que actúa directamente sobre los neurotransmisores, haciendo que éstos aumenten sus efectos y eleva la concentración de dopamina⁷.

La cocaína se encuentra en la Lista I del *Convenio de la Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*, por tener usos médicos limitados, en virtud del riesgo importante de su abuso. Se reconoce su utilidad médica como anestésico local para determinadas cirugías realizadas en ojos, oídos y garganta.

Por lo general la cocaína se consume como polvo blanco, fino y cristalino, el cual se encuentra mezclado con otras sustancias inertes como maicena, talco, azúcar glas, cal o con otras drogas como la procaína -anestésico local- o anfetaminas. Existen consumidores que la combinan con heroína en polvo o con marihuana.

Las formas químicas de la cocaína que suelen consumirse son la sal de clorhidrato -soluble al agua- y los cristales de cocaína o base libre -no solubles en agua-. Este último se produce a base de clorhidrato al procesarlo con amoníaco o bicarbonato sódico y agua, los cuales se calientan para eliminar el clorhidrato, en la calle a esta presentación se le conoce como “crack”. El crack difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable, además proporciona, con menos material, efectos más rápidos y más intensos.

6 Los alcaloides tropánicos se caracterizan por tener una estructura de dos anillos con un anillo pirrolidínico y otro piperidínico, un único átomo de nitrógeno y dos átomos de carbono. Son fácilmente absorbidos por la piel y a través de las mucosas de las membranas, tiene una alta biodisponibilidad oral.

7 La dopamina -neurotransmisor- es una sustancia química del cerebro asociada con el placer y el movimiento. La dopamina es liberada por las neuronas al recibir un incentivo placentero y, posteriormente es absorbida por las mismas, apagando así sus efectos transmisores. La cocaína incentiva su liberación y previene su absorción, ocasionando que ésta se acumule, por lo que amplifica el mensaje y la respuesta de la neurona receptora, haciendo que el consumidor de cocaína sienta una gran euforia.

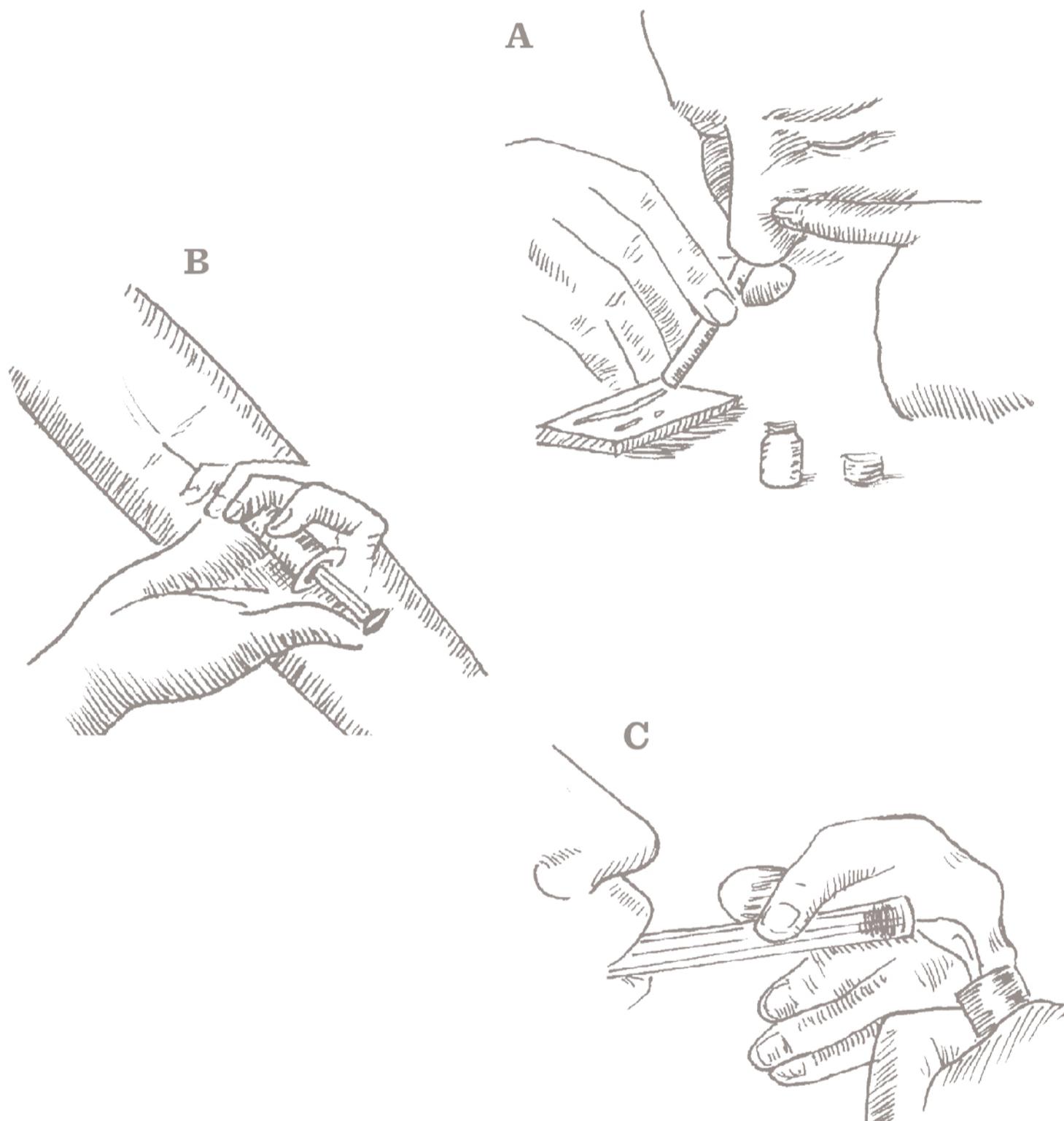


El crack difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable, además proporciona, con menos material, efectos más rápidos y más intensos.



La cocaína puede ser inhalada, inyectada o fumada. La inhalación consiste en aspirar la cocaína en polvo a través de la nariz, donde es absorbida hacia el torrente sanguíneo a través de las membranas nasales, mientras que la ingestión fumada, radica en inhalar el vapor o el humo de la cocaína llevándola a los pulmones, que la distribuyen al torrente sanguíneo con rapidez similar a cuando se inyecta. Los tres métodos del uso de cocaína pueden causar dependencia y otros problemas graves de salud, adicionalmente cuando se inyecta se presenta un mayor riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades infecciosas.

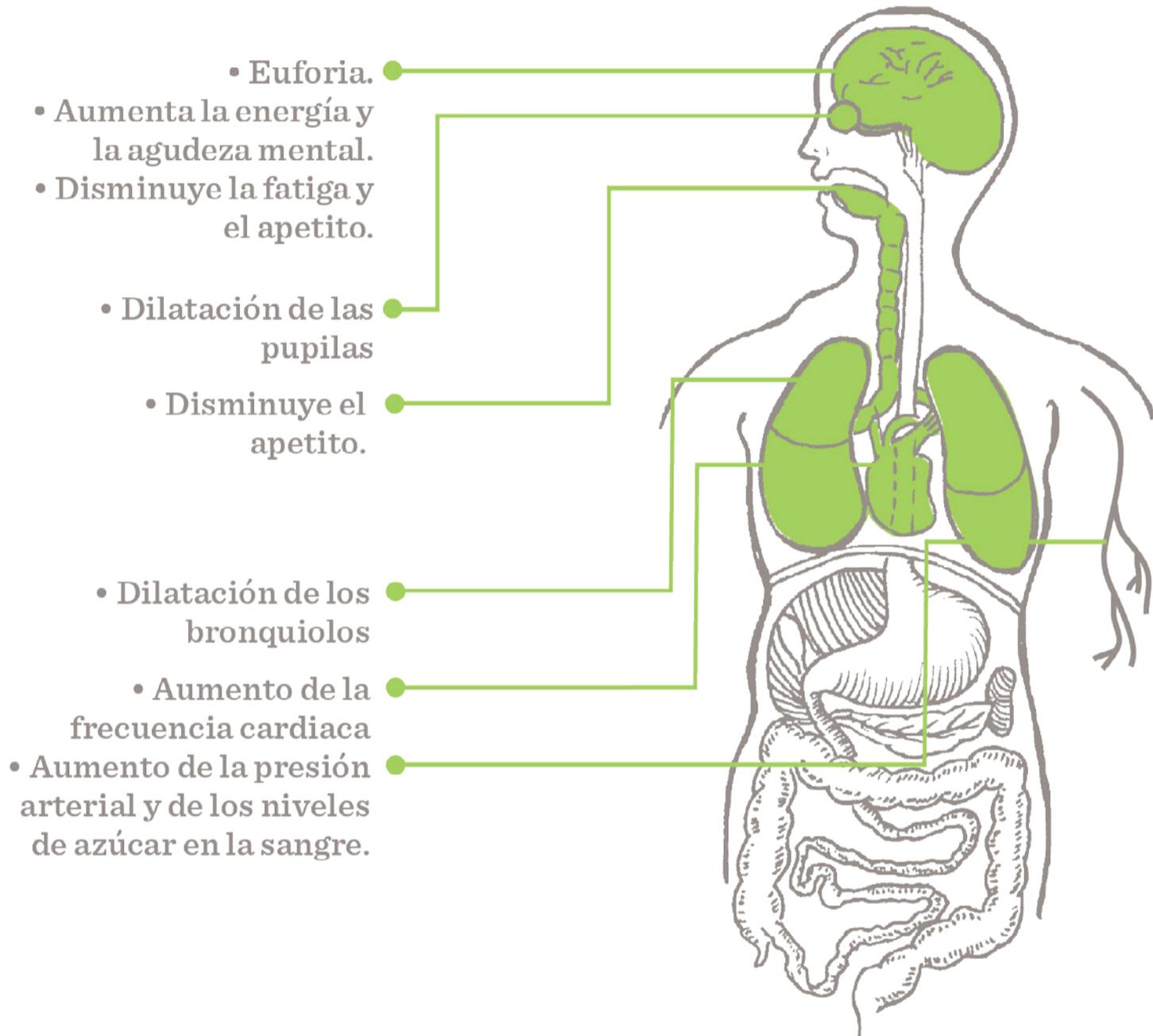
Formas de consumo de la cocaína



-
- A) Inhalada
 - B) Inyectada
 - C) Fumada
-



Cocaína: Efectos a corto plazo

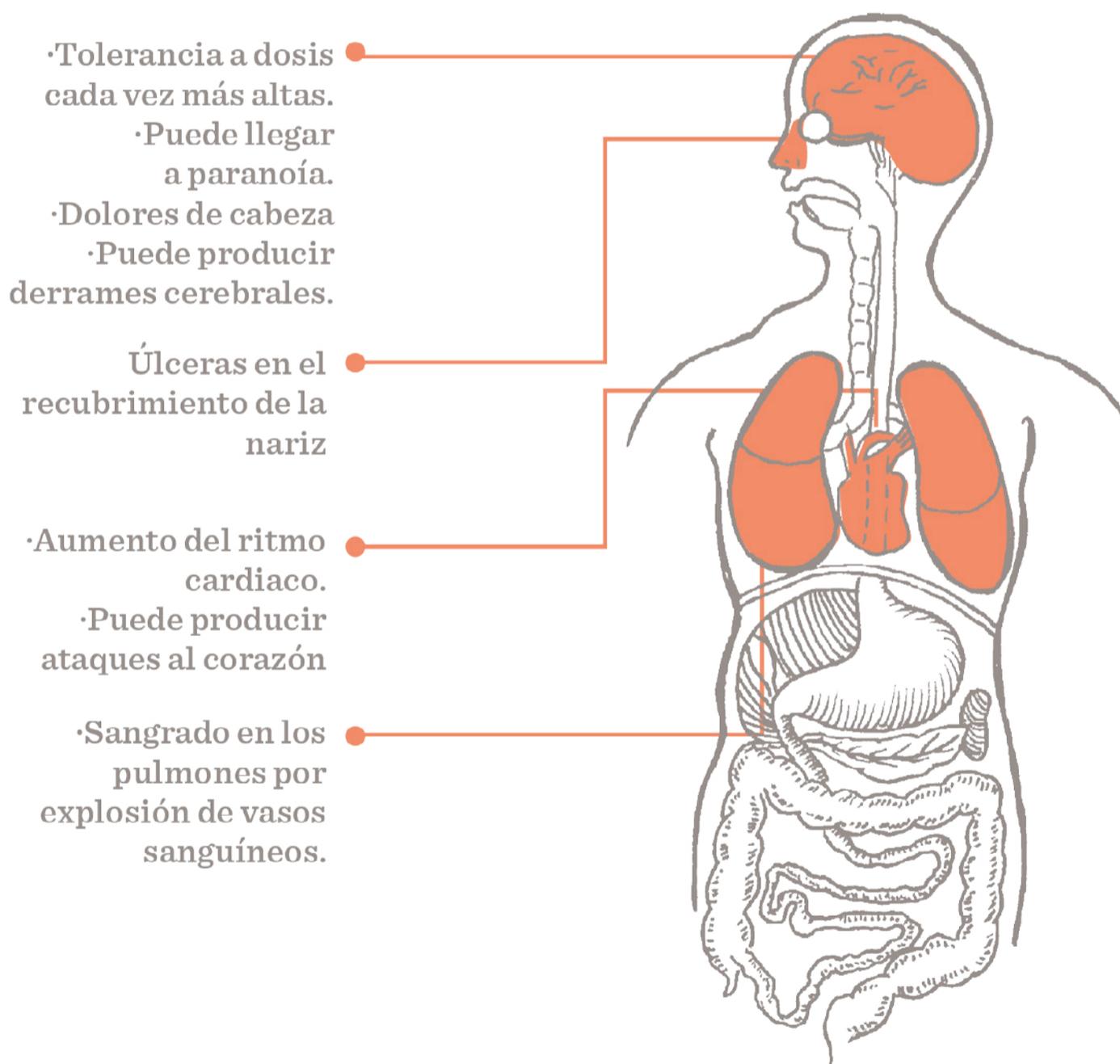


El método de administración de la cocaína determina el tiempo e intensidad del efecto de euforia que produce. Mientras más rápida es la absorción en el torrente sanguíneo es más intenso el efecto, pero su duración es menor. La euforia que se produce cuando se fuma cocaína dura entre 5 a 10 minutos, mientras que el producido por su inhalación, aunque se tarda en presentarse, dura entre 15 a 30 minutos.

El consumo de cocaína produce euforia; aumenta la energía y la agudeza mental; disminuye la fatiga y el apetito. Además, provoca contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas y bronquíolos, así como aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca, la presión arterial, los niveles de azúcar en sangre, pudiendo llegar a provocar, cuando la ingesta es en elevadas dosis ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares, convulsiones, dolores de cabeza o coma. Algunos autores indican que el consumo en cantidades elevadas puede inducir comportamientos erráticos y violentos; sin embargo, no existe evidencia científica suficiente para poder afirmarlo. Las sobredosis en dosis particularmente altas pueden causar la muerte con una sola ingesta.

Efectos a largo plazo

Cocaína: Efectos a largo plazo



El consumo repetido de cocaína al largo plazo genera tolerancia, ya que el cerebro se adapta a las altas concentraciones de dopamina, lo que genera que la vía de gratificación sea menos sensible, por lo cual el usuario requerirá de mayores dosis y con mayor frecuencia para obtener el mismo placer que tenía en un principio. Los primeros efectos del consumo a largo plazo se traducen en exacerbaciones de los efectos mismos de la droga. El aumento de energía y de la sensación de alerta se traduce en nerviosismo y movimientos repetitivos sin sentido, pudiendo llegar a paranoia. El aumento del ritmo cardiaco se convierte en fuertes palpitaciones, llegando a generar dolores de pecho. Los dolores de cabeza son comunes por la contracción de los vasos sanguíneos. La acumulación de toxicidad puede llegar a producir derrames cerebrales y ataques al corazón. Por otra parte, la aspiración de cocaína puede producir úlceras en el recubrimiento de la nariz, mientras que si se fuma se llega a presentar sangrado en los pulmones por la explosión de vasos sanguíneos. Algunos autores afirman que puede acelerar el desarrollo de arterioesclerosis en aquellos que tienen predisposición genética, aunque aún no existe evidencia científica suficiente para afirmarlo.

Proceso de producción

La cocaína se obtiene a partir de las hojas de la planta de coca. Las hojas contienen en promedio entre 0.5 y 1.5% de alcaloides, esta variación se debe a factores genéticos y la edad de la planta, a las condiciones atmosféricas, la calidad de la tierra, los abonos, la época de cultivo y cosecha, entre otros. Existen diversos métodos de producción de cocaína.

Producción de la cocaína

Secado de las hojas de la planta de coca

1. Secado al sol
 2. Secado en horno
-

Extracción de alcaloides de la hoja

- a) Remojo de las hojas en solución alcalina. Algunos productores lo realizan a partir de los siguientes precursores: Hidróxido de sodio, o de amonio, óxido de calcio, carbonatos de sodio, potasio o calcio, sosa cáustica, sal de soda, entre otros-
 - b) Posteriormente se agrega kerosene o alguna de las siguientes sustancias: gasolina blanca, petróleo lavado, thinner con base de aceite mineral, entre otros.
 - c) Filtrado de hojas.
 - d) Se agrega al líquido resultante de la filtración ácido sulfúrico o se utilizan algunos de los precursores que a manera de ejemplo señalaremos a continuación: ácido muriático, sal, lejía, jugo de limón, ácido de batería, quita sano, gramoxone.
 - e) Algunos productores agregan permanganato de potasio o peróxido de hidrógeno, para aislar la cocaína de otros alcaloides.
 - f) Se filtra y a la solución resultante se le agrega hidróxido de amonio o agua amoniaca, para que se precipite la coca base.
-

Aislamiento de la coca base

- a) La solución con la cocaína base precipitada se filtra.
 - b) Se aísla la cocaína base para ser disuelta en éter etílico
-

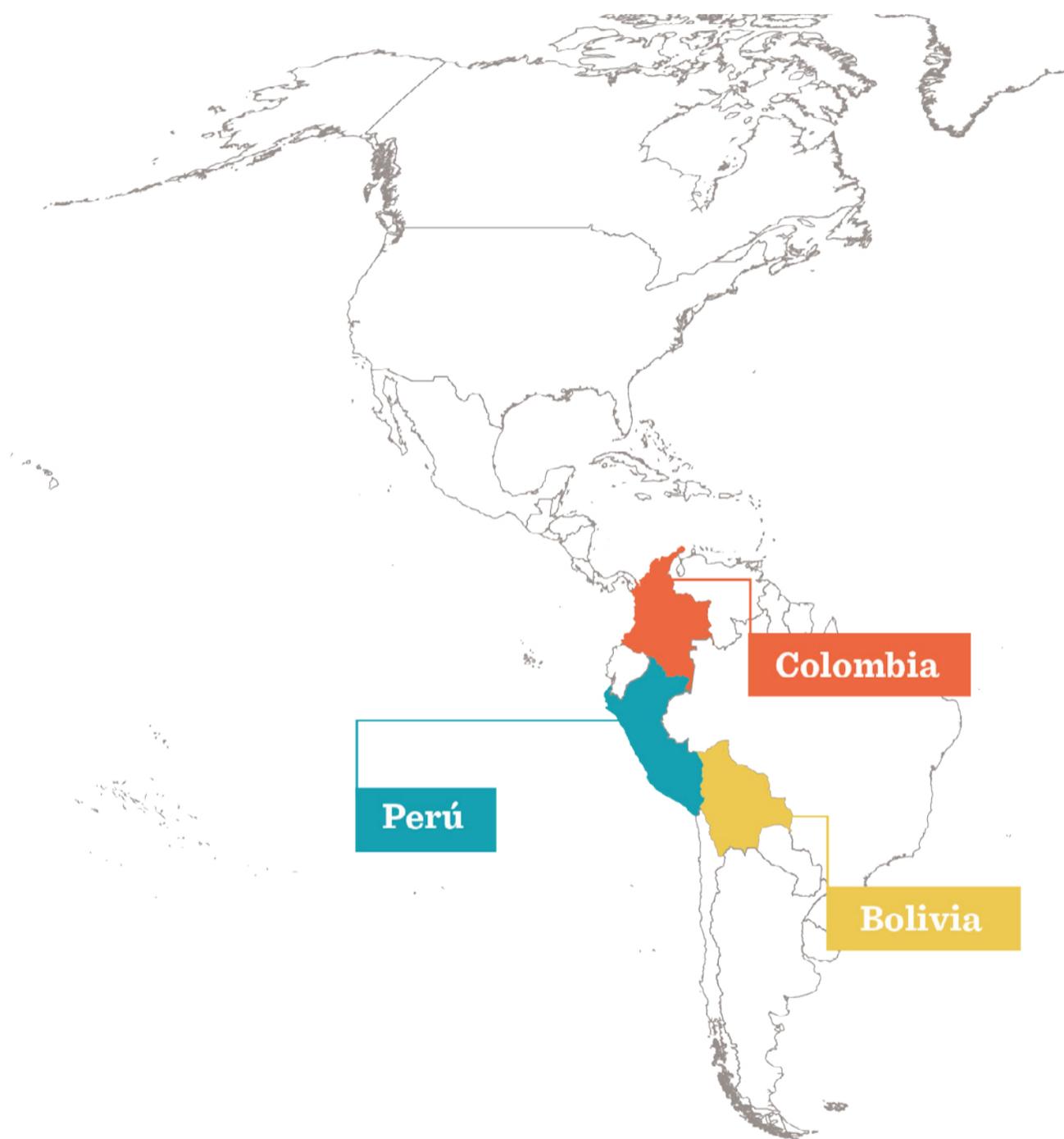
Obtención de clorhidrato de cocaína

- a) La solución disuelta en éter se filtra.
 - b) A la solución filtrada se le agrega acetona y ácido clorhídrico o éter industrial al 96% y ácido clorhídrico.
 - c) Se deja reposar y comienzan a precipitarse los cristales de clorhidrato de cocaína, posteriormente se filtra y se seca el clorhidrato de cocaína
-



Algunas de las sustancias utilizadas en la producción de cocaína se encuentran fiscalizadas, como el permanganato de potasio, el tetróxido de osmio, el ácido sulfúrico, la acetona y el nitrato de potasio. La introducción de la fiscalización de precursores químicos tanto a niveles internacional y nacionales a obligado a los productores de drogas ilegales a modificar sus procesos de producción, por lo que muchos han comenzado a manufacturar los propios, a partir de sustancias que no se encuentran sujetas a dichos controles.

Zonas de producción



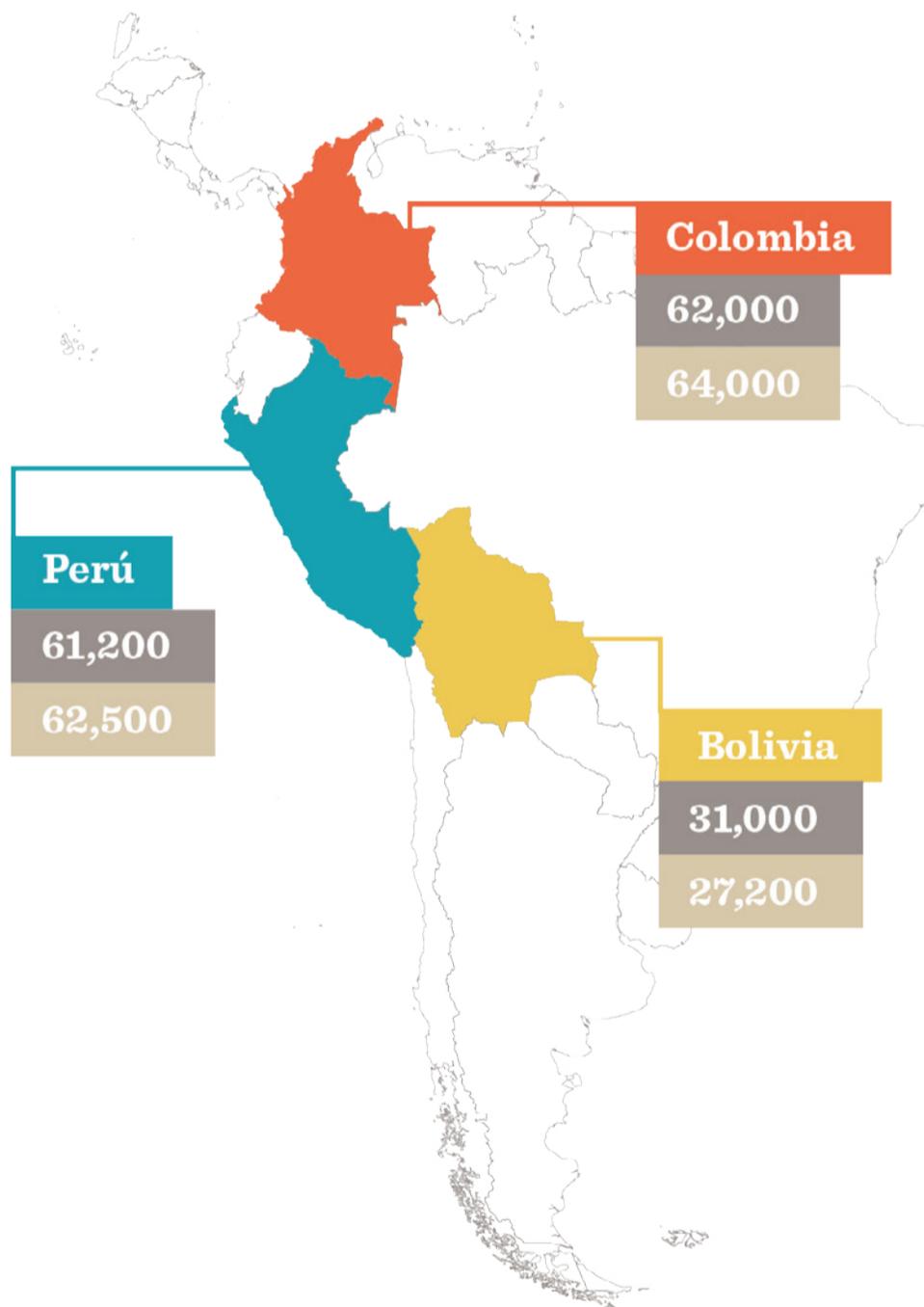
La planta de la coca es cultivada en la región de los Andes: Colombia, Perú y Bolivia. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, realiza un censo anual sobre los cultivos de hoja de coca. Este censo ha diferido en los dos últimos años respecto a las proyecciones que realiza la Oficina para el Control de Drogas del gobierno de los Estados Unidos respecto a la producción potencial de clorhidrato de cocaína en Colombia, Perú y Bolivia. La diferencias en las estimaciones se debe a que cada institución utiliza métodos diferentes para determinar los factores de conversión y equivalencia entre hectáreas de cultivo y producción de clorhidrato de cocaína. Actualmente, se encuentra en revisión la metodología para determinar los factores de convención.

Resumen de resultados del monitoreo de cultivo de hoja de coca, 2011

Hectáreas

Cultivo de coca en:

2010
2011



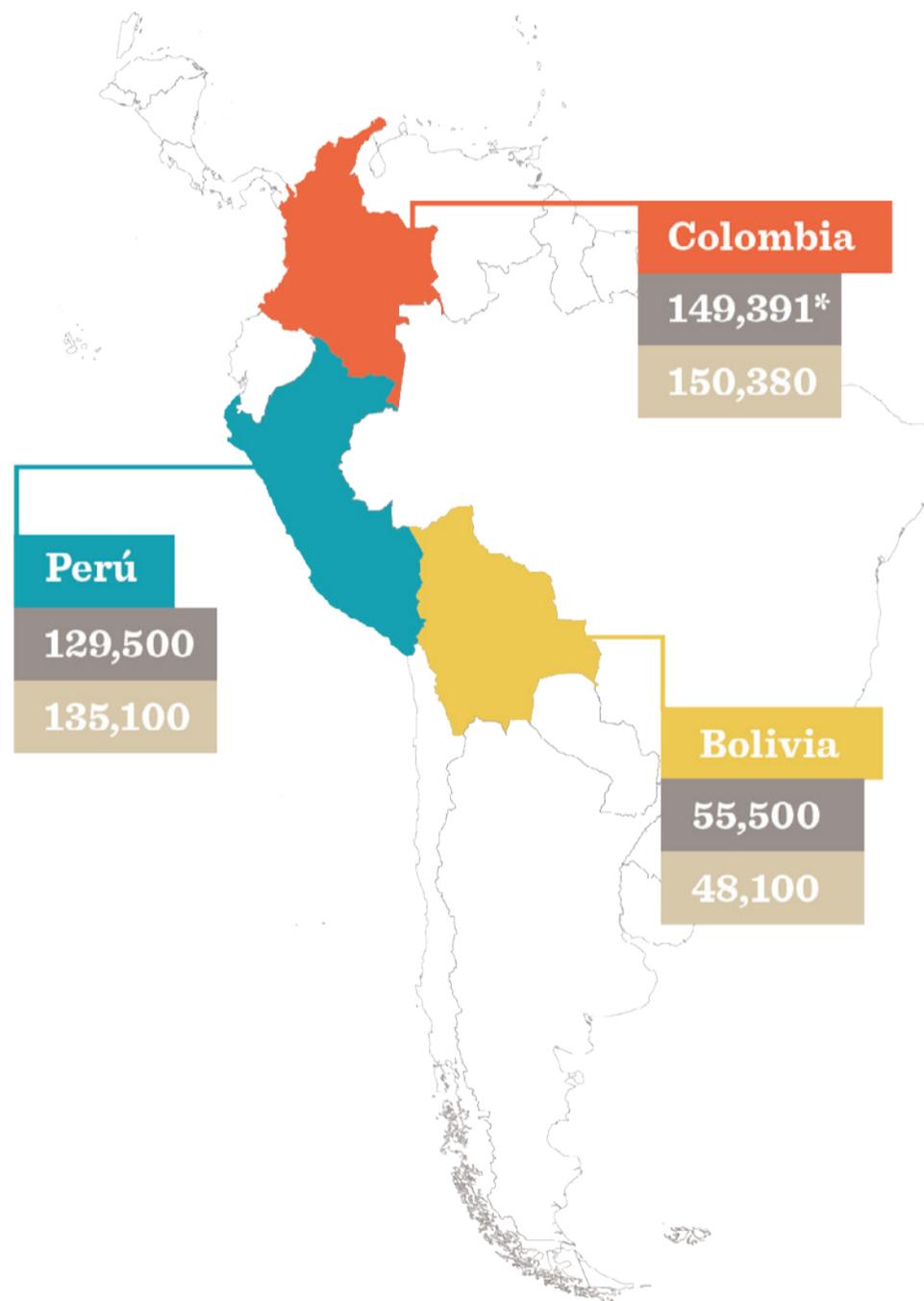
Rendimiento anual promedio de hoja de coca secada al sol

Toneladas métricas

Producción total de hoja de coca seca en:

2010

2011



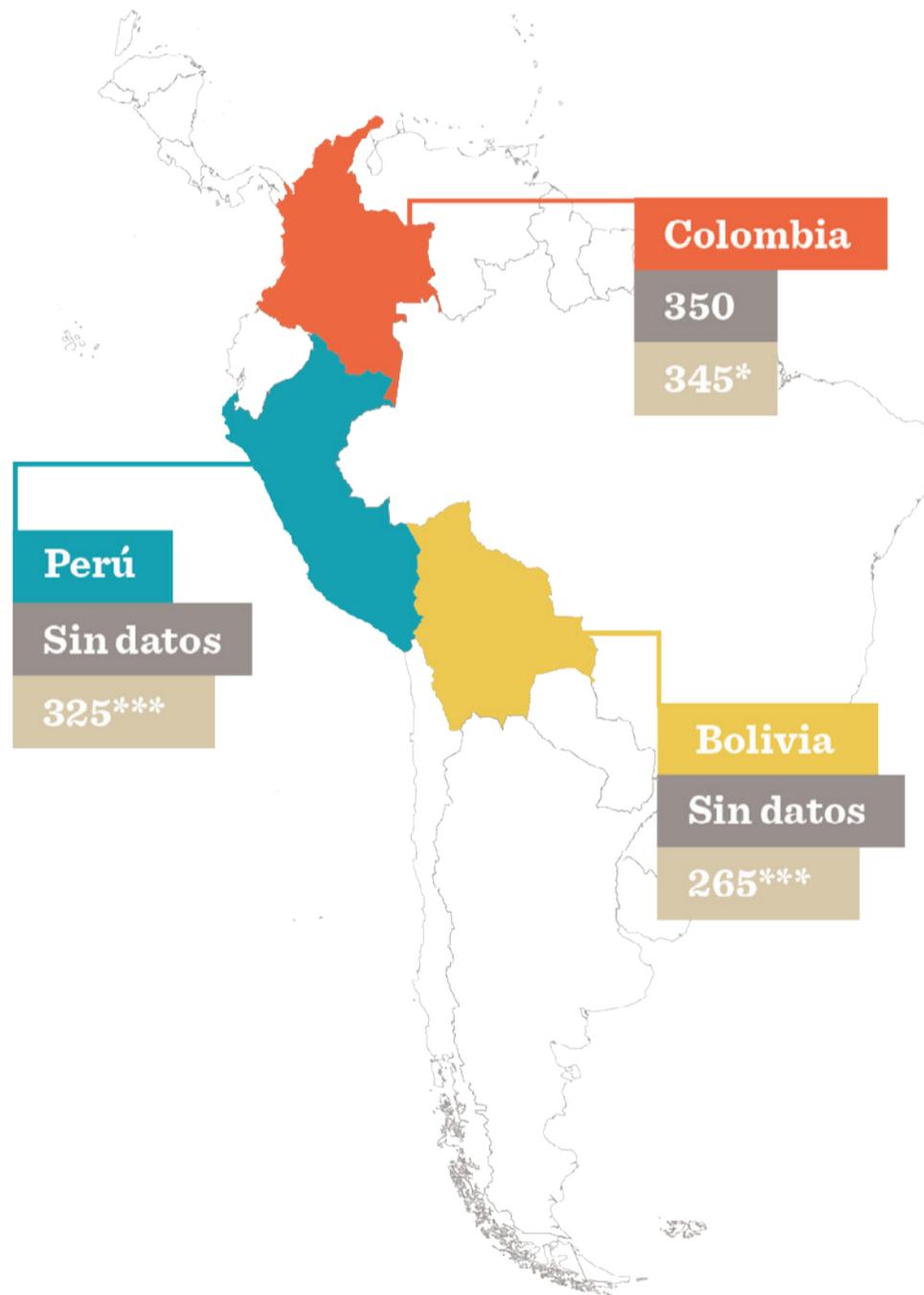
Producción potencial de Clorhidrato de cocaína

Toneladas métricas

Producción potencial de Clorhidrato de cocaína en:

2010

2011



Las zonas de cultivo de la planta de coca de Colombia, Perú y Bolivia difieren en lo siguiente:

- En Colombia, por lo general, se encuentran en zonas aisladas y pobres, donde las comunidades tienen un acceso restringido a los servicios estatales y conviven con grupos armados.
- En Perú y Bolivia, a menudo, las zonas de cultivo se ubican en zonas agrícolas que tienen cercanía a poblaciones rurales con conexión al sistema de transporte de cada país.
- En Perú, también existen grandes extensiones de cultivo en el valle del Alto de Huallaga y en regiones en las que se encuentra el movimiento guerrillero: Sendero Luminoso.

Descripción de flujos



Rutas de flujo de cocaína

- Colombia — Centroamérica — México — EUA
- Colombia — Ecuador — Islas Galápagos — embarcaciones — Centroamérica — México
- Ecuador — Perú — Bolivia — Cabo Verde — Islas Canarias — Portugal — Resto de Europa
- Colombia — Caribe — Portugal — España — Resto de Europa
- Venezuela — Guinea-Bissau — Senegal — Sierra Leona — Mali — España + Resto de Europa
- Brasil — Portugal — Países Bajos — Resto de Europa



En marzo de 2013, en el Informe de Fiscalización Internacional de Estupefacientes del Departamento de Estado de los Estados Unidos señala que, en 2010, el 95.5% de la cocaína que incautaron provino de Colombia.⁸ Los traficantes de drogas adaptan sus rutas en razón de los mercados de consumo, así como a los esfuerzos de intercepción que adoptan las autoridades. La principal ruta de la cocaína hacia los Estados Unidos antes de los años 90 era la del Caribe. A mediados de los años noventa, esta ruta se reconfiguró, en virtud de las medidas de control adoptadas por el Gobierno de Estados Unidos.

Actualmente, el 80% de la cocaína que llega a Estados Unidos pasa por Centroamérica y México. El itinerario generalmente parte de Colombia y continúa por las costas del Caribe y del Pacífico. En la ruta del Pacífico, la cocaína se desembarca en México desde donde sigue su camino hacia el norte. El afluyente que pasa por Ecuador, continúa su camino hacia el oeste de las islas Galápagos, y de ahí, hacia el norte a fin de encontrarse, en altamar, con las embarcaciones que la llevarán a las costas de Centroamérica y de México. El incremento en el empleo de semisumergibles y submarinos para transportarla dificulta seriamente la elaboración de cálculos más o menos realistas acerca de las cantidades de cocaína que van al norte por caminos que se dirigieron aún más hacia el este.⁹

La cocaína peruana y boliviana, antes de dirigirse a su destino final, recorre varios países sudamericanos, en los que se queda una pequeña parte para su consumo interno y el resto se transporta a través del Caribe y del Oeste de África hasta Europa, Asia y el Medio Oriente. En Europa recorre múltiples caminos. Las principales vertientes son:

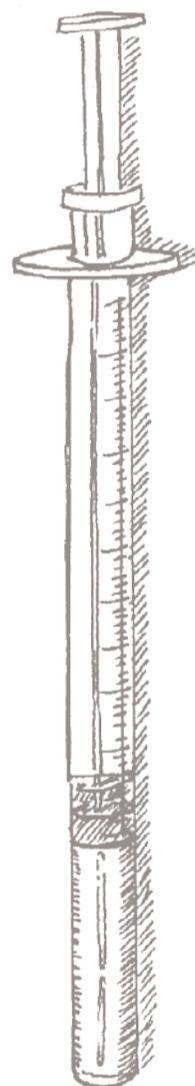
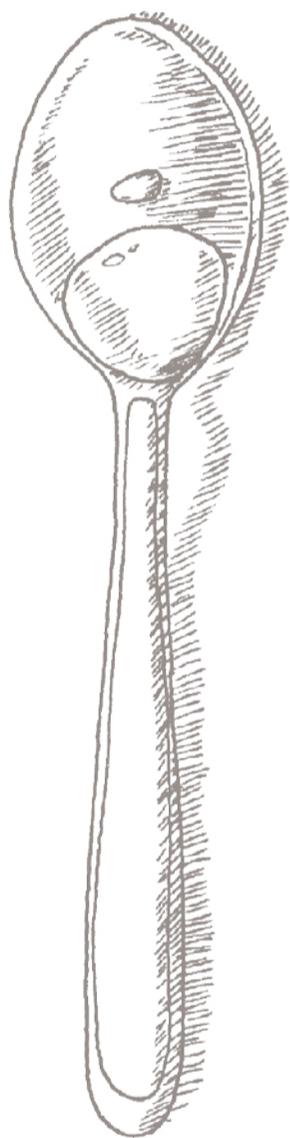
- Por el Atlántico, pasa por el Caribe y llega a Portugal o España, desde donde se dirige al resto del continente.
- Por América del Sur hacia Cabo Verde (África) y las Islas Canarias con dirección hacia Europa, teniendo como puerta de ingreso principal a Portugal.
- La ruta africana, que parte de Venezuela y otros sitios de Sudamérica, se dirige a países de África Occidental y de allí entra a Europa a través de Portugal y de España.
- Por Brasil, Venezuela y Ecuador en dirección a puertos de España, de los Países Bajos y de Portugal.

La INTERPOL afirma que, en la última década la ruta más importante ha sido la de África Occidental, que pasa por países como Guinea-Bissau, Guinea, Senegal, Sierra Leona y Mali y posteriormente se dirige hacia Europa. Aunque, la ONUDC subraya que, de acuerdo a datos sobre confiscaciones y arrestos recientes, se aprecia una probable disminución de su empleo. Asimismo, la Junta Internacional de Fiscalización (JIFE) en su reporte del año 2012 señaló que es posible apreciar la reactivación de la intensidad de la ruta del Caribe, según informes de las autoridades colombianas en los que se reporta un incremento en las incautaciones provenientes de este itinerario, en comparación con las de años anteriores, en los que la mayoría de los decomisos provenían de la región del Pacífico. Francisco Thoumi, integrante de la Junta (JIFE), declaró que se aprecia una disminución del tráfico de cocaína hacia Estados Unidos por las rutas de Centroamérica y México y el resurgimiento de las de Caribe. Entre las causas de esta transformación menciona los elevados índices de violencia entre narcotraficantes y las altas tasas de decomisos, lo que incrementó los riesgos. Explicó que los narcotraficantes, como cualquier persona, buscan pasar desapercibidos y enfrentar los menores riesgos posibles. Por ello, continuamente hay desplazamiento de las rutas. Afirmó que por Haití, debido al desorden imperante, cada vez está pasando más cocaína., según informó la agencia gubernamental mexicana Notimex.

⁸ Cfr. *International Narcotics Control Strategy Report, United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, Volume I, Drug and Chemical Control*, marzo de 2013, p. 127.

⁹ Cfr., "El problema de las drogas en las Américas 2013", Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2013, p.47.

Heroína



Las drogas opioides son compuestos extraídos de la bellota de la amapola o adormidera asiática -morfina y heroína- que actúan en lugares específicos del cerebro, llamados receptores *mu*, *delta* y *kappa*.

La heroína es un derivado de la morfina que deprime el sistema nervioso central y se encuentra incluida en la listas I y IV del *Convenio de la Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*.

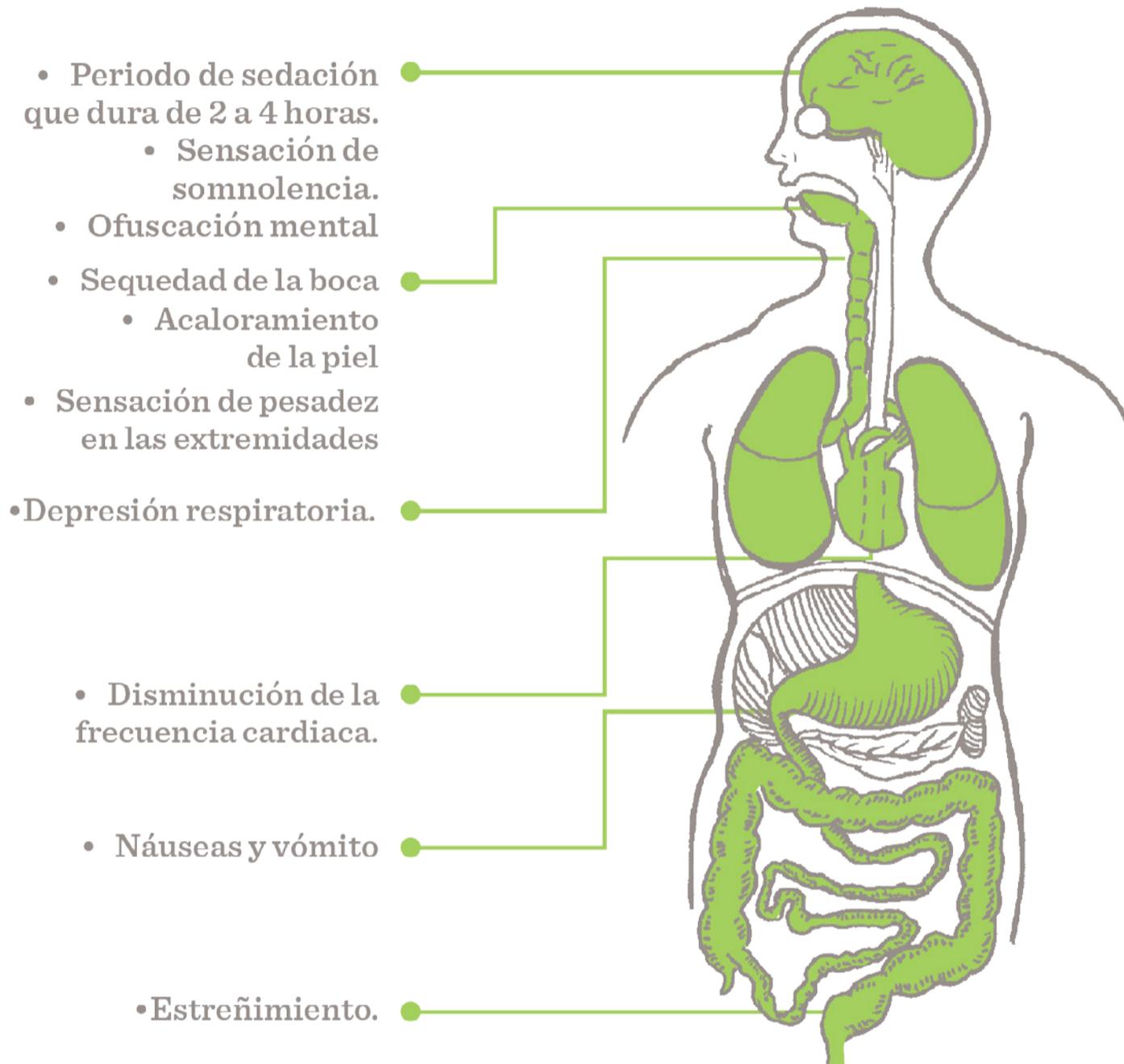
El componente activo responsable de sus efectos psicotrópicos es la *diacetilmorfina*.

Su presentación más frecuente tiene forma de polvo blanco, inodoro y fino; pero su aspecto varía de acuerdo al proceso de purificación al que fue sometido, pudiendo ser: a) un granulado color gris, amarillo o rosado; b) tener un aspecto terroso marrón con fuerte olor a vinagre o, c) ser una sustancia negra y pegajosa.

Los efectos de la heroína varían dependiendo de la calidad y pureza de la droga, la vía de administración, la dosis y la rapidez de su adhesión a los receptores opioides del cerebro. El consumo por vía intravenosa produce efectos al cabo de 3 a 5 segundos, la intramuscular y subcutánea entre los 5 y 15 segundos, la inhalada entre 2 a 10 minutos y la oral entre 60 a 90 minutos.

En Reino Unido se reconoce su uso con fines médicos. Es utilizado como analgésico para enfermos terminales y para mitigar dolor en personas con cáncer. Para su administración se lleva a cabo un protocolo rígido, en el cual se requieren de más de dos médicos autorizados para prescribirla.

Heroína: Efectos a corto plazo

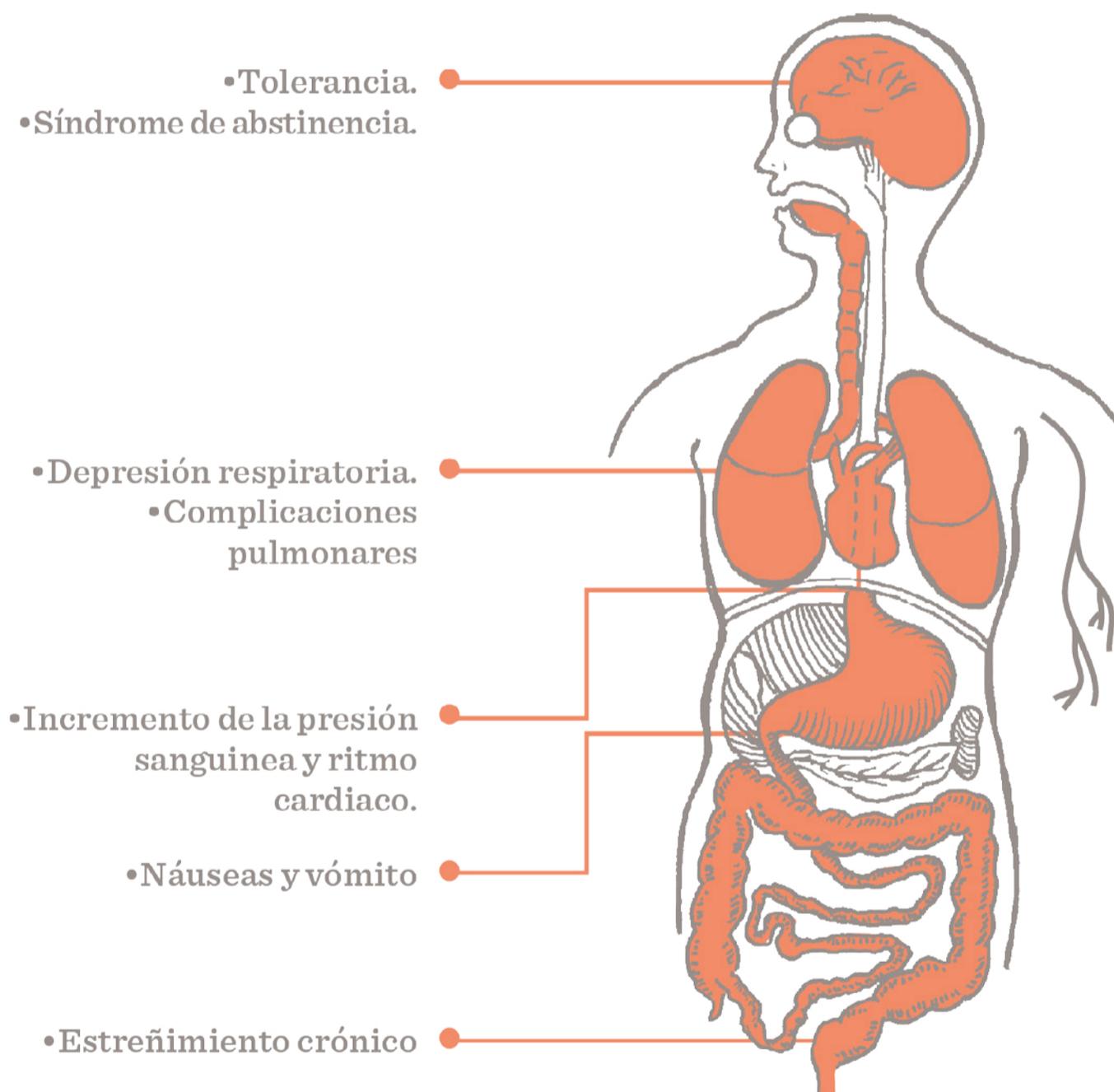


Inyectada por vía intravenosa, fumada o inhalada, la heroína produce una cascada de euforia, seguida de un período de sedación que dura de 2 a 4 horas, administrada de forma intramuscular y subcutánea, casi nunca se presenta la ola inicial de euforia intensa, pero sí provoca sedación con una duración de 3 a 5 horas. La sensación de euforia intensa se acompaña frecuentemente de acaloramiento de la piel, sequedad de la boca y una sensación de pesadez en las extremidades; en ocasiones se experimentan náuseas, vómito, estreñimiento y comezón

severa. Lo anterior, va seguido de una sensación de somnolencia, disminución de la frecuencia cardiaca, depresión respiratoria y ofuscación mental. La muerte por sobredosis no es producto de una toxicidad acumulada, por lo que puede producirse en una sola ingesta. La dosis mortal se produce por la inhibición respiratoria que puede llegar a provocar en concentraciones altas.

Efectos a largo plazo

Heroína: Efectos a largo plazo



La administración repetida de heroína ocasiona que se desarrollen mecanismos adaptativos en los receptores opioides del cerebro, al modificar el funcionamiento de las redes neuronales y de las neuronas sensibles a estas sustancias, lo que genera que se desarrolle tolerancia y se requieran dosis más elevadas para obtener el efecto deseado.

La reducción o suspensión abrupta de heroína en un consumidor crónico produce un síndrome de abstinencia, caracterizado por lagrimeo, catarro, bostezos, sudoración intensa, inquietud, irritabilidad, dolor muscular, temblor, náuseas, vómito, diarrea, incremento de la presión sanguínea y ritmo cardíaco, escalofríos, cólicos y dolores musculares, cuya duración puede ser de entre 7 a 10 días.

El uso de heroína a largo plazo genera dependencia y es factor de riesgo para: a) enfermedades renales; b) complicaciones pulmonares y, c) artritis y otros problemas reumatológicos.

Adicionalmente, provoca estreñimiento crónico, depresión del sistema inmunológico y cambios en las funciones cerebrales asociados a la depresión respiratoria. Asimismo, con frecuencia en mujeres llega a causar la detención del ciclo menstrual y en el hombre disminuye la producción de esperma. Por otra parte, si el consumo es vía intravenosa puede llevar a: a) enfermedades infecciosas como VIH/SIDA y hepatitis, así como otros padecimientos bacterianos; b) venas colapsadas; c) abscesos; d) enfermedades hepáticas y, e) infección del endocardio y válvulas del corazón.

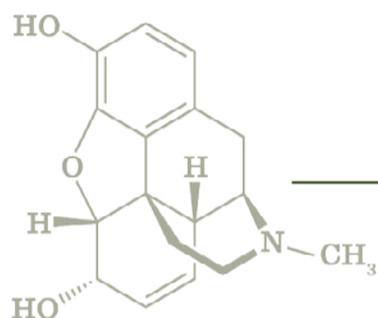
La dosis letal por regla general se encuentra al sobre pasar los 2 o 3 miligramos puros por peso de consumidor.

Proceso de producción

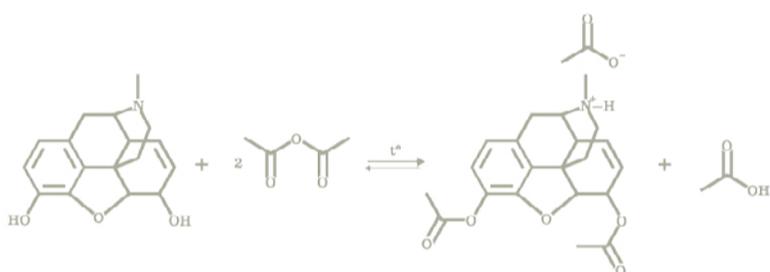
La heroína se produce a partir de la acetilación de la morfina. Su creación fue motivada para lograr un analgésico sustituto de la morfina que no causara adicción, sin embargo, resultó ser más potente, adictiva y tóxica.

Para su producción se requiere extraer el látex o resina de la adormidera, para lo cual se realizan incisiones superficiales en las cabezas verdes de la adormidera, una vez que se le han caído los pétalos a las flores. De los cortes se exuda una goma blanca, la cual se deja secar hasta que se convierte en una piedra cristalina de color marrón, a la cual se le denomina opio. El opio contiene alcaloides, de los cuales entre el 10 y 15% son morfina, los restantes son codeína, tebaína, narcotina, papaverina, noscapina y naceína. La elaboración de la heroína consta de tres pasos. Los métodos y sustancias utilizados en cada fase pueden variar:

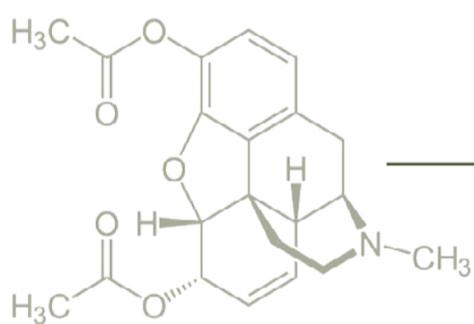
Producción de la heroína



● Extracción de la morfina



● Síntesis de la heroína a partir de la morfina



● Conversión de heroína a clorhidrato de heroína

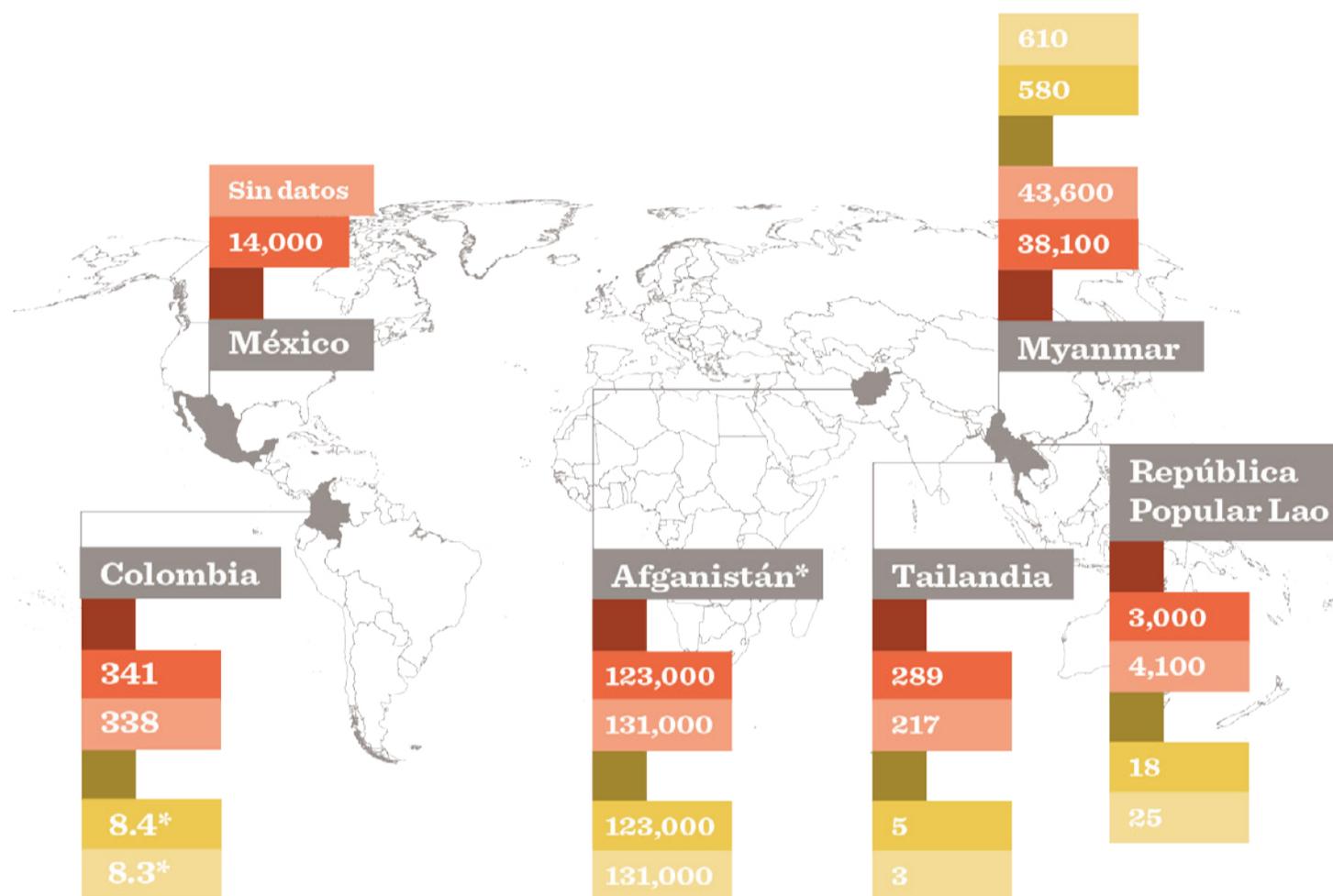


Para producir heroína se requieren las siguientes sustancias:

- Alcalis: hidróxido de calcio, hidróxido de sodio, óxido de calcio, agua amoniacal, bicarbonato de sodio o carbonato de calcio.
- Ácidos: ácido tartárico, ácido clorhídrico o cloruro de amonio, los cuales se encuentran fiscalizados.
- Agentes acetilizantes: anhídrido acético o cloruro de acetilo, que están sometidos a un régimen de fiscalización.
- Solventes: acetona, éter etílico, etanol o metiletilcetona.
- Agentes absorbentes: Carbón activado.

Zonas de producción

Zonas de producción de la heroína



Área con cultivos de amapola (hectáreas)

2010

2011

Producción potencial de opio seco al horno (toneladas métricas)

2010

2011

Fuente: Informe Mundial de Drogas, 2012, de las Naciones Unidas.

Fuente: *Sistema Monitoreo de cultivos Ilegales 2012, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.



Los principales productores de opioides son: Afganistán, Colombia, México, Myanmar y República Democrática Popular Lao (Laos).

La Evaluación Nacional de Amenazas por Drogas 2010 del Departamento de Justicia de los Estados Unidos afirma que la producción potencial de heroína en México incrementó de 8 a 50 toneladas en un año. La estimación es debatible por lo siguiente:

- Todas las estimaciones independientes ubican la demanda total de heroína en los Estados Unidos en un rango de 10 a 22 toneladas por año¹⁰. Es decir, en México, se produciría al año de dos y media a cinco veces más heroína que la consumida en Estados Unidos.
- Según el programa de la DEA denominado Heroin Signature Program, 39% de la heroína decomisada en Estados Unidos en 2009 provenía de México. Usando este dato como indicador grueso de participación de mercado, podemos calcular entre 3.9 y 8.9 toneladas el volumen de heroína mexicana consumida al año en los Estados Unidos. Si a ese total se le suman los decomisos (entre dos y tres toneladas de ambos lados de la frontera) y el consumo probable en México (una tonelada cuando mucho), se llegaría como máximo a 12.6 toneladas.
- No hay evidencia alguna de exportaciones a terceros países y en consecuencia, sobrarían 37 toneladas, aproximadamente.

10 Estimaciones visibles en las páginas: http://unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/1.2_The_global_heroin_market.pdf, http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR711.pdf.

Descripción de flujos



Rutas de flujo de heroína

- Afganistán — Pakistán — Irán — Turquía — Balcanes — Resto de Europa
- Afganistán — Rusia
- Asia Sudoriental — China
- Afganistán — Pakistán — China
- Colombia o México — EUA



El Informe Mundial sobre las Drogas 2012 de las Naciones Unidas destaca que la disminución en la cosecha de opio de Afganistán, sumado a la apertura de nuevos mercados en Asia y África y a los cambios en las actividades de la lucha antidroga, pudo haber producido la escasez de heroína durante 2010 y 2011, en Europa. Asimismo señala que existen indicios de que esta reducción indujo a los consumidores a sustituir la heroína por desomorfina, opio acetilado y otros opioides sintéticos como el fentanilo y la buprenorfina. Además, provocó el aumento de tráfico de la ruta que parte de las zonas productoras de Asia Sudoriental, Centroamérica, Colombia y México a Europa.¹¹

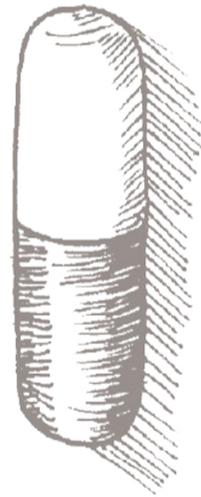
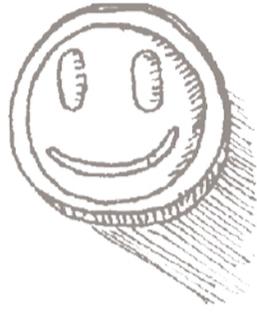
La incautaciones de heroína en Estados Unidos aumentaron en 2010 a 3.5 toneladas, en Colombia a 1.7 toneladas, en Ecuador a 835 kilogramos y en México a 374 kilogramos, mientras que disminuyeron las de la Federación Rusa, al pasar de 3.2 toneladas en 2009 a 2.6 toneladas en 2010; en la República Islámica de Irán, de 580 toneladas a 401 toneladas y, en el Reino Unido, de 1.7 toneladas en 2009 a 789 kilogramos, también entre 2009 y 2010.

¹¹ Cfr., *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*, Oficina de las Naciones Unidas contra La Droga y El Delito, junio de 2012, p.p. 2 y 46. Visible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf.

Las principales rutas de tráfico son:

- La de los Balcanes comienza en Afganistán y termina en Europa Occidental y Central, pasando por Europa Sudoriental. Asimismo transita por Pakistán, la República Islámica de Irán y Turquía.
- La de Asia Central y Transcaucásica, la cual inicia en Afganistán y se dirige a la Federación Rusa.
- La de Asia Sudoriental hacia China.
- La que pasa de Afganistán a Pakistán para dirigirse a China.
- La que inicia en Colombia o México para dirigirse al mercado de los Estados Unidos.

Metanfetaminas



Las anfetaminas constituyen una familia de drogas que estimulan el sistema central nervioso. Su denominación comprende a todas aquellas sustancias derivadas de la estructura fenilisopropilamina¹². La metanfetamina (*desoxiefedrina*) es una sustancia estimulante del sistema central nervioso derivada de la anfetamina. Su estructura química es similar a la *efedrina* y al neurotransmisor *adrenalina*. La metanfetamina, a diferencia de las anfetaminas, tiene un efecto más potente en el sistema nervioso central en dosis similares, porque son mayores los niveles de metanfetamina que entran al cerebro, siendo éstos 10 veces superiores a los registrados en sangre. Estimula la liberación de *dopamina* de las terminales nerviosas, lo que contrasta con los efectos de la cocaína que bloquean la absorción de las terminales nerviosas de la *monoaminas*¹³.

La metanfetamina está incluida en la Lista II del *Convenio de la Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*, por tener usos médicos limitados, en virtud del riesgo importante de su abuso. Se reconoce su utilidad en el tratamiento de la *narcolepsia* y del *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, en dosis menores a las utilizadas para la recreación.

En forma pura es un polvo blanco, cristalino, inodoro, de sabor amargo, muy soluble en agua o etanol. Su administración es por vía oral, inalada, fumada o inyectada.

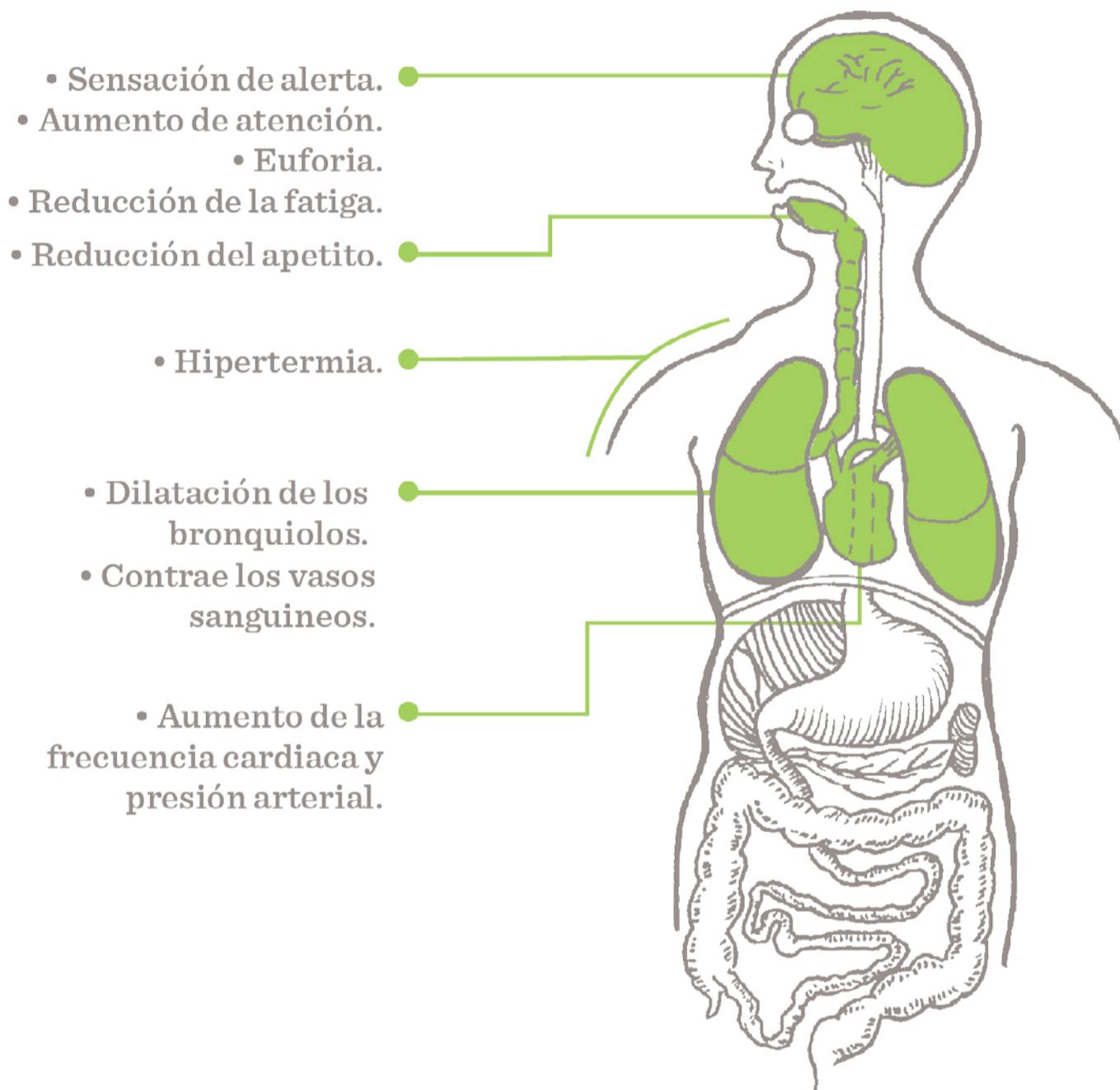
Cuando la metanfetamina es administrada por vía intravenosa o es fumada produce casi de inmediato una sensación intensa de placer y bienestar que dura unos minutos. Cuando se consume por vía oral o se inhala, el efecto aparece después de varios minutos y es de menor intensidad, pero de mayor duración. Debido a que la duración de los efectos placenteros son cortos, rápidamente genera tolerancia; sin embargo, su eliminación es relativamente lenta -12 horas- por lo que existe un alto riesgo de sobredosis al aumentar su potencial tóxico al intentar mantener el efecto administrando cada vez mayores dosis. Además, produce adicción psicológica. El síndrome de abstinencia se caracteriza por depresión, ansiedad, agotamiento y un deseo insaciable por la droga.

12 Derivado químico de la efedrina.

13 Las monoaminas son neurotransmisores del sistema nervioso que en su estructura cuentan con sólo un grupo amino. Entre ellas se encuentran la adrenalina, la acetilcolina, la serotonina y la noradrenalina-dopamina.

Efectos a corto plazo

Metanfetaminas: Efectos a corto plazo

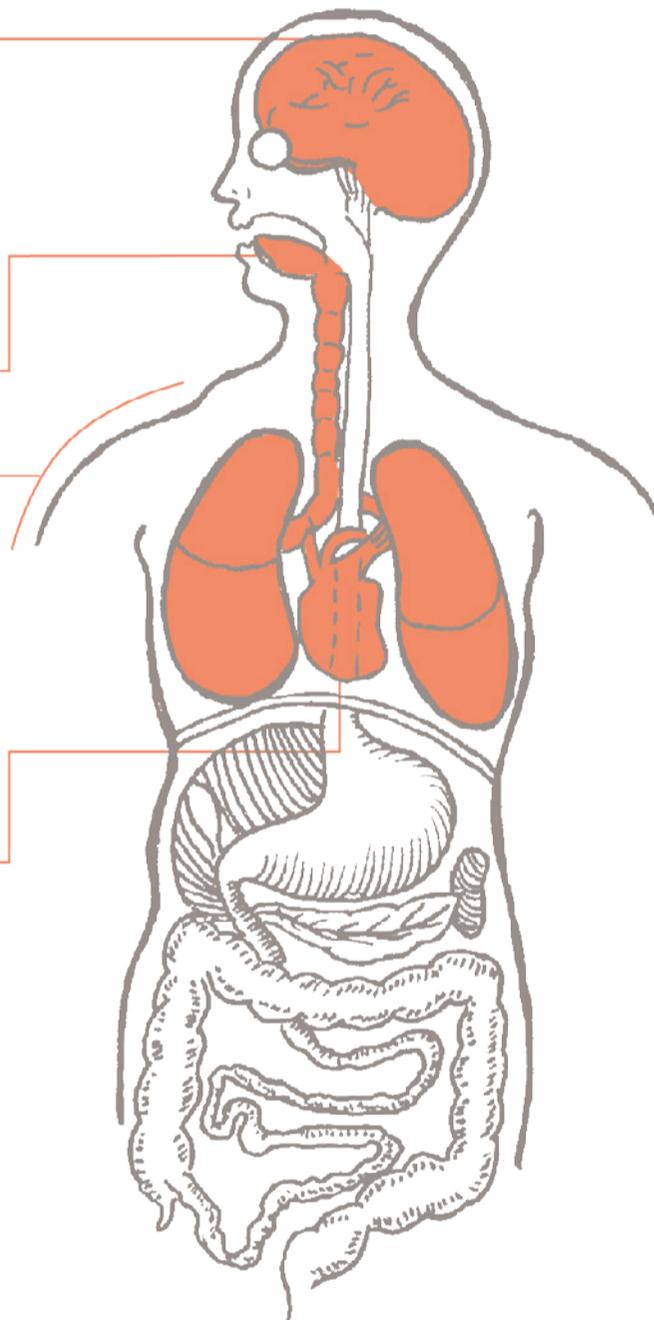


En el corto plazo produce: a) una sensación de alerta, a) aumento de atención, b) reducción de apetito y la fatiga, c) euforia, d) hipertermia, e) aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, f) contrae los vasos sanguíneos, g) dilatación de los bronquiolos y h) estimulación de la función locomotora; además, en algunas ocasiones provoca reacciones agudas por el plomo utilizado como reactivo, cuando se administra vía intravenosa.

Efectos a largo plazo

Metanfetaminas: Efectos a largo plazo

- Adicción.
- Tolerancia a la sustancia
- Cambios en la estructura y funciones.
- Puede provocar derrames cerebrales
- Problemas dentales
- Anorexia.
- Movimientos repetitivos y sin sentido.
- Contrae los vasos sanguíneos.
- Aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Puede derivar en ataques cardíacos.



Su uso prolongado produce: a) adicción, b) tolerancia a la sustancia, c) movimientos repetitivos y sin sentido, d) cambios en la estructura y funciones cerebrales, lo que genera que se deteriore la capacidad de aprendizaje verbal, e) aumento del ritmo cardíaco, de la presión arterial y de la temperatura corporal que pueden derivarse en ataques cardíacos o derrames cerebrales, f) acumulación de la

sustancia en sangre hasta niveles que pueden llegar a ser tóxicos, g) supresión del apetito hasta llegar a la anorexia, h) problemas dentales.

Algunos, autores señalan que el consumo prolongado puede generar cambios conductuales, como agresividad y paranoia; sin embargo, actualmente se encuentran realizando estudios para confirmarlo. Los efectos adversos pueden llegar a persistir mucho tiempo después de haber abandonado su consumo.

Proceso de producción

A diferencia de la cocaína y la heroína, las metanfetaminas se producen sólo mediante síntesis químicas, las que son muy variadas. Las más extendidas se realizan a partir de efedrina, pseudoefedrina o 1-fenil-2-propanona. También se utilizan en menor proporción el ácido fenilacético, el cianuro de benzil, aldehído benzoico y el nitroetano, entre otros.

La síntesis de metanfetamina mediante la reducción de efedrina o pseudoefedrina es una reacción sencilla. Primero, se sintetiza y purifica, para posteriormente convertirla, a través de reacciones químicas en un clorhidrato. El rendimiento normal de este tipo de procedimiento varía entre el 50 al 80 %, dependiendo del tipo de laboratorio que la produce.

Los métodos de producción de metanfetaminas a partir ácido fenilacético, el cianuro de benzil, aldehído benzoico y el nitroetano son de mayor complejidad y requieren conocimientos del manejo de los reactivos y del entendimiento de las reacciones químicas.

A partir de que el gobierno de México restringió la comercialización de efedrina y pseudoefedrina las organizaciones dedicadas al narcotráfico de nuestro país se adaptaron y comenzaron a adoptar nuevos métodos de producción de metanfetaminas a partir precursores con menor grado de fiscalización como lo es el ácido fenilacético.

Para la producción de metanfetaminas requieren sustancias fiscalizadas entre las que se encuentran:

- Disolventes orgánicos: éter etílico, acetona, metiletilcetona, tolueno, entre otros.
- Sustancias alcalinas: hidróxido sódico, carbonato sódico, por menciona alguno.
- Ácido: Ácido clorhídrico, cloruro de hidrógeno, ácido yodhídrico, ácido feilacético, etc.

Zonas de producción

La metanfetamina al ser una droga sintética puede ser producida en cualquier parte del mundo. Ésta droga es manufacturada tanto en laboratorios industriales de gran escala como en pequeñas cocinas o laboratorios móviles.

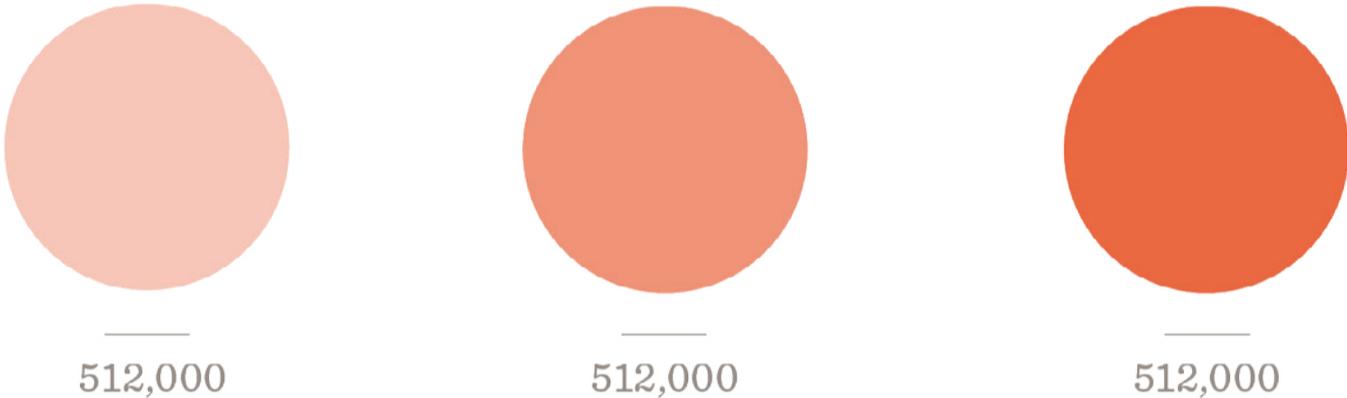
La ONUDC, no cuenta con un estimado de la producción potencial de metanfetaminas. La RAND Corporation realizó una estimación en 2010 sobre el consumo metanfetaminas en los Estados Unidos en 2005, siendo ésta la siguiente:

Consumo de metanfetaminas en Estados Unidos, 2005 (1 de 4)

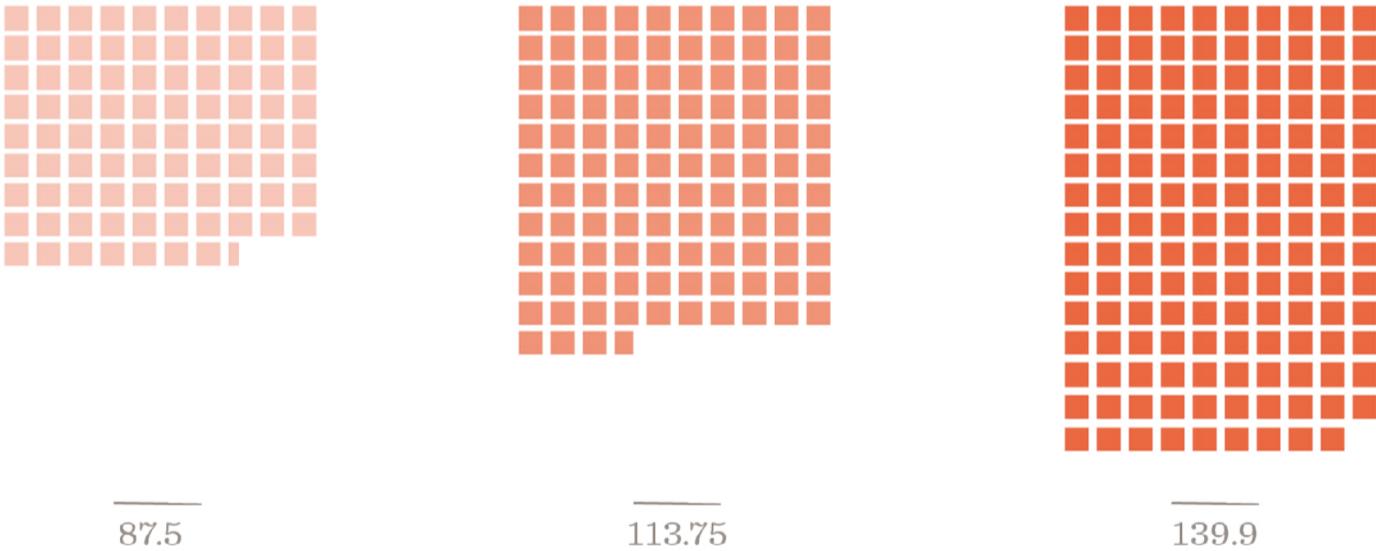
Estimados: Bajo ● Mejor ● Alto ●

Usuarios en el último mes (PM)

Número de usuarios



Días de uso en 2005



Gramos diarios de uso

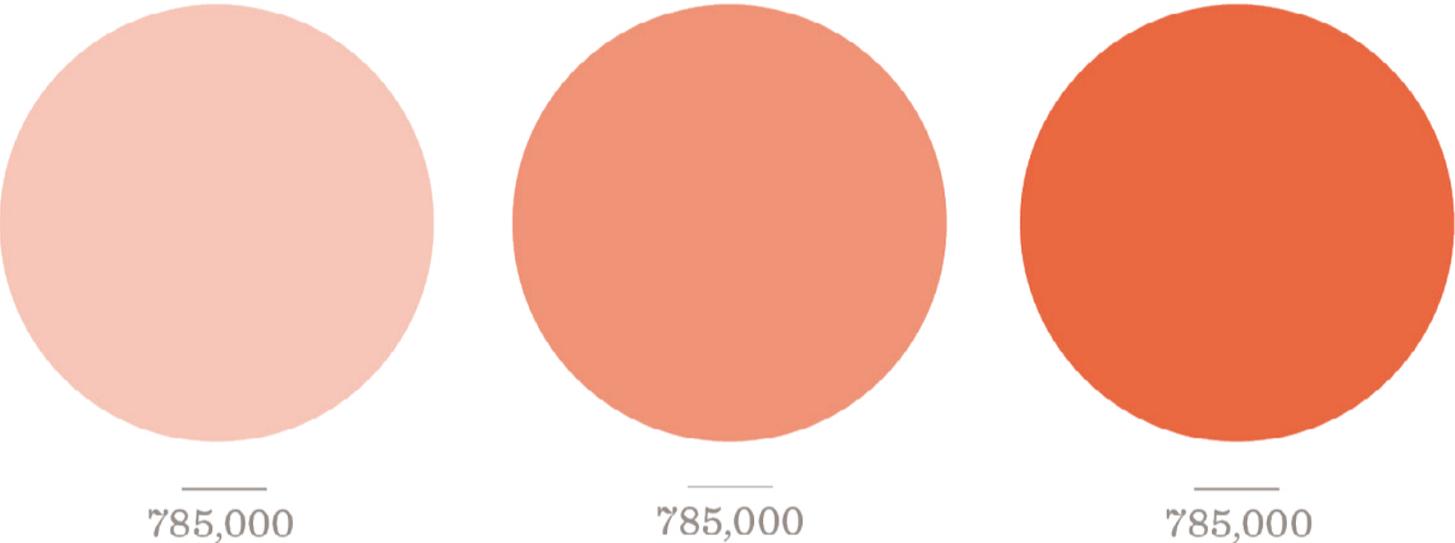


Consumo de metanfetaminas en Estados Unidos, 2005 *(2 de 4)*

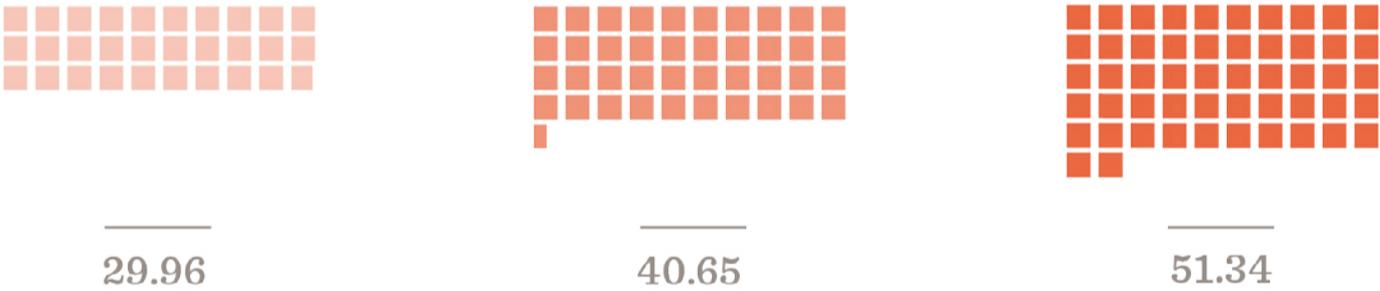
Estimados: Bajo ● Mejor ● Alto ●

Usuarios en el último año, pero no en el último mes (PY)

Número de usuarios



Días de uso en 2005



Gramos diarios de uso

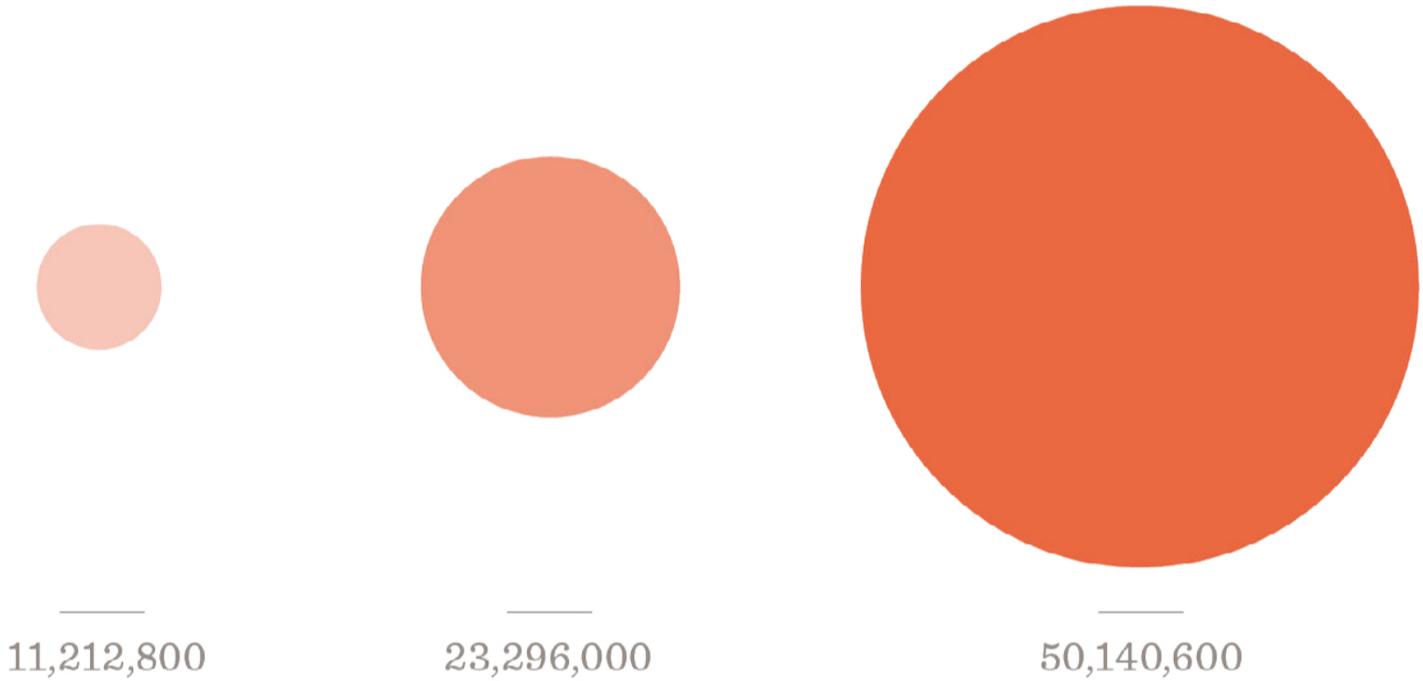


Consumo de metanfetaminas en Estados Unidos, 2005 *(3 de 4)*

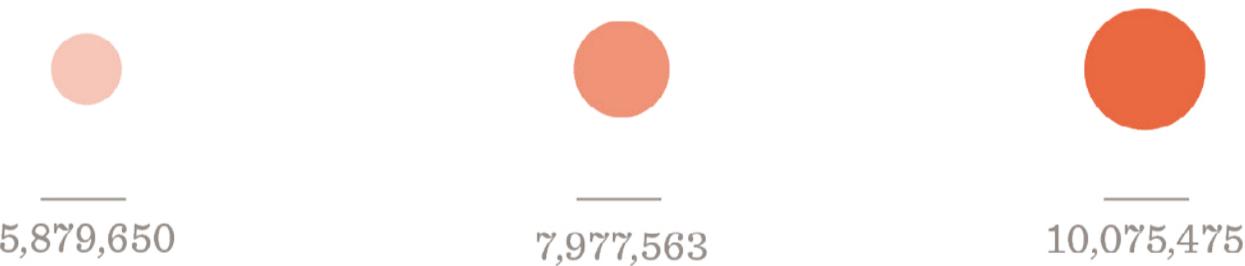
Estimados: Bajo ● Mejor ● Alto ●

Cantidad total consumida

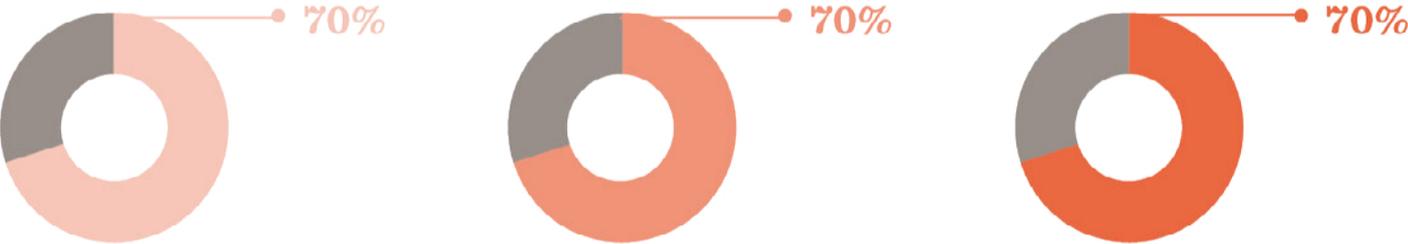
Total en gramos - PM



Total en gramos - PY



Pureza media en 2005



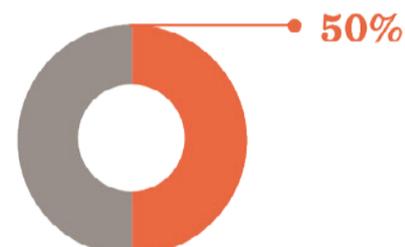
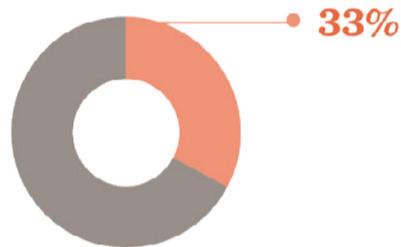
Consumo de metanfetaminas en Estados Unidos, 2005 (4 de 4)

Estimados: Bajo ●

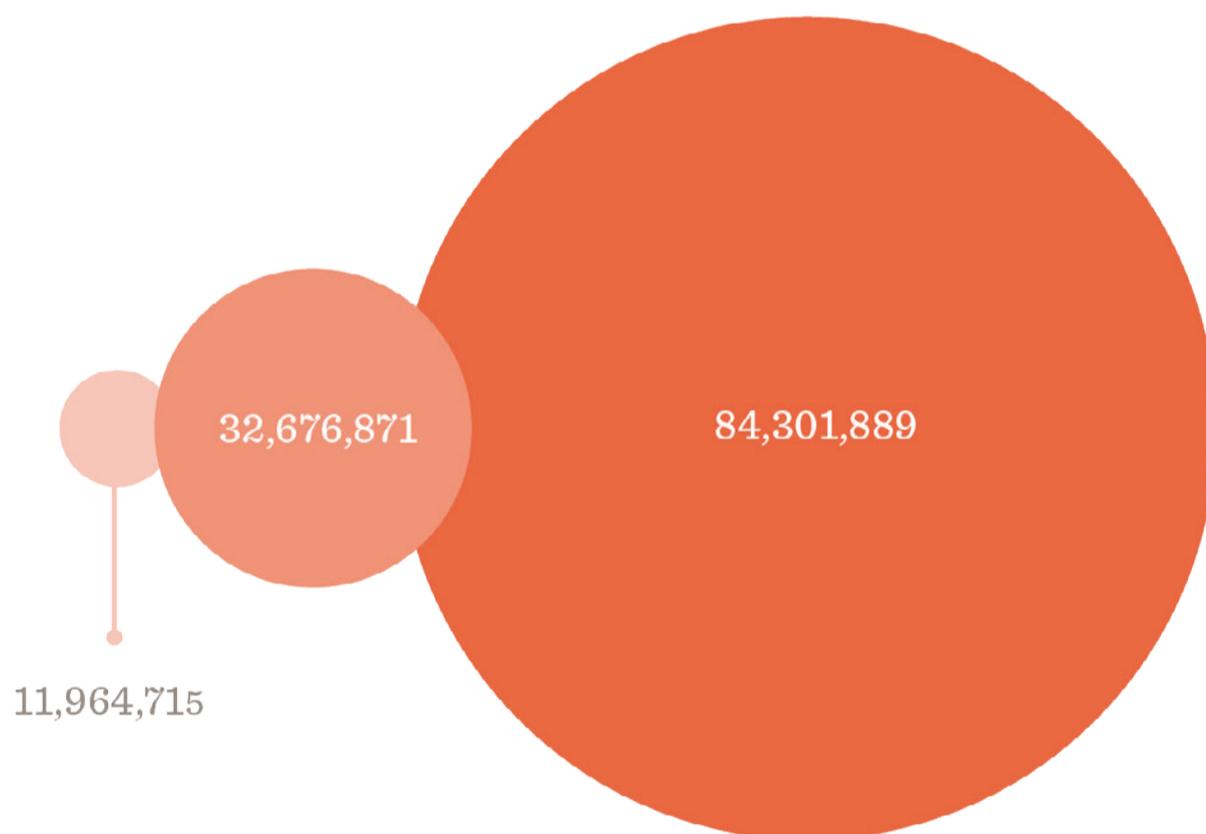
Mejor ●

Alto ●

% Sobreportado



Total de gramos - Todos



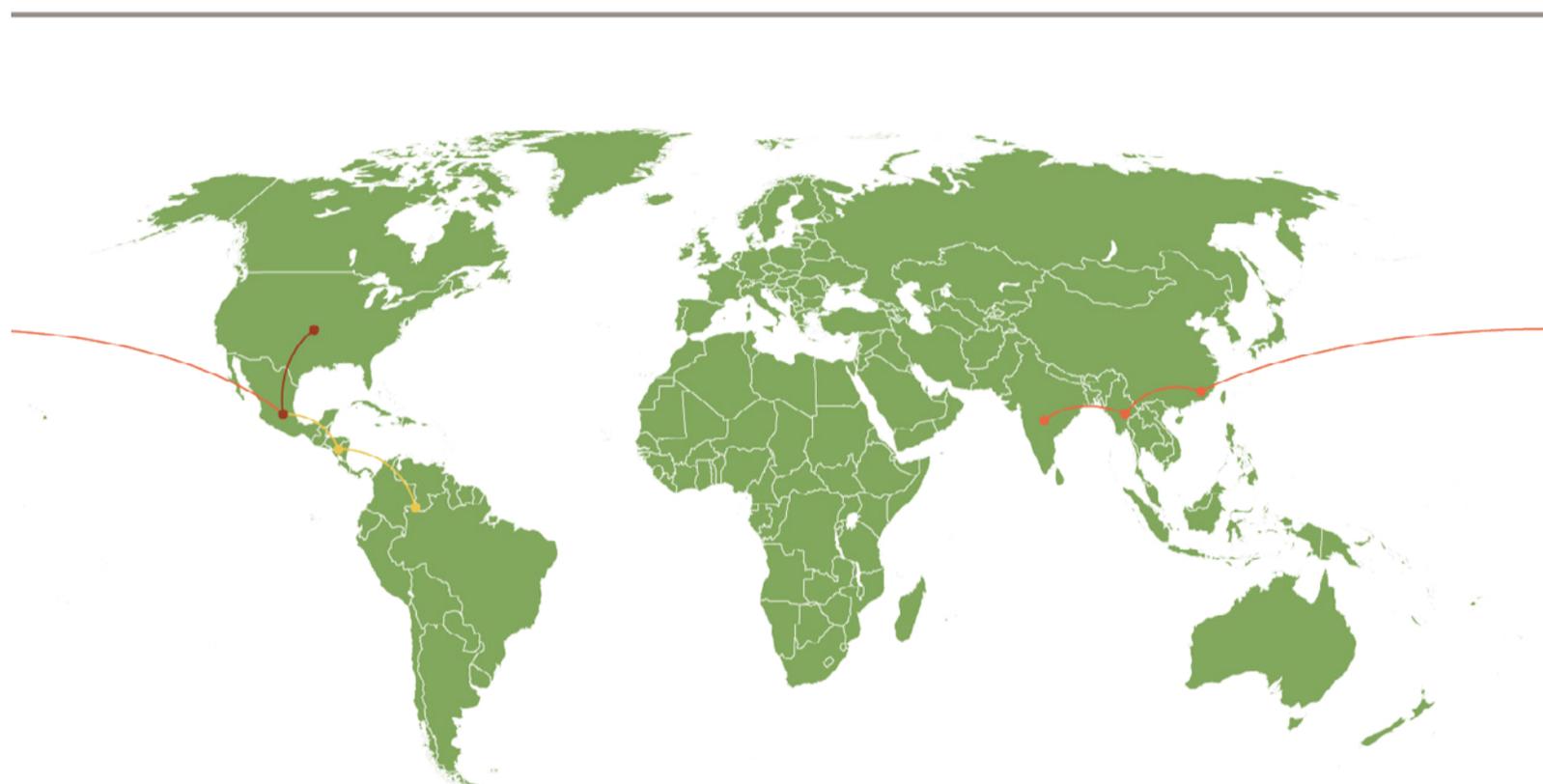
Fuente: Beau Kilme, Rosalie Liccardo Pacula *“Estimating the size of the global drug market. A demand-side approach, Report 2”*, RAND Corporation, 2009, p. 51. Visible en la página electrónica:

http://m.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR711.pdf



En el informe “*El Problema de las Drogas en las Américas, 2013*”, publicado por la Organización de Estados Americanos, señala que “el aumento de los controles de los precursores químicos en los Estados Unidos tuvo como consecuencia el traslado de la manufactura de las drogas sintéticas a México” y que su vez, el reforzamiento de los controles en México originó que “más precursores fueran desviados a Centroamérica, específicamente a Guatemala y Honduras”.

Descripción de flujos



Rutas de flujo de metanfetaminas

- México – EUA
- India – Tailandia – China – México
- Sudamérica – Centroamérica – México



El tráfico de metanfetaminas es interregional, debido a que su producción se realiza cerca de los mercados de consumo. Uno de los principales flujos internacionales de metanfetaminas es el que existe entre México y los Estados Unidos. El intercambio se realiza principalmente por vías aéreas o terrestres. Además, existen rutas que van desde México, Brasil y Guayana Francesa hacia Europa.

El tráfico de metanfetaminas de México hacia los Estados Unidos también se encuentra asociado al tráfico de precursores químicos. Existe una conexión con la ruta Asia-Pacífico y la proveniente de Centro y Sudamérica. Existen indicios de que la mayoría de los precursores químicos utilizados en la elaboración de metanfetaminas en México proviene de China, India y Tailandia.

Datos básicos sobre uso, abuso y dependencia

Definiciones

Uso o consumo de sustancias

El DSM-IV¹⁴ y la CIE-10¹⁵ son las principales fuentes consultadas para temas relacionados con adicciones. Ninguna de estas dos define el uso o consumo de sustancias. Sin embargo, se suele considerar que conjunta conductas que van desde el uso experimental hasta el consumo compulsivo. Es importante notar que no todo el que consume, llega a presentar abuso, dependencia o adicción.

Abuso

El abuso es definido por el DSM-IV como un patrón desadaptativo¹⁶ de consumo de una sustancia psicoactiva o psicotrópica. Se caracteriza por:

- a) Uso continuado a pesar de que el usuario es consciente le genera problemas interpersonales, laborales, psicológicos, físicos o legales.
- b) Utilización en situaciones potencialmente peligrosas.

Actualmente, la Asociación Americana en Psiquiatría se encuentra discutiendo la inclusión de los términos abuso y dependencia en el DSM-V, para sustituirlos por el de adicción, bajando el umbral diagnóstico. Sus críticos señalan, que lo anterior generaría una confusión entre abuso episódico y uso compulsivo continuo, lo que conduce a la pérdida de información clínica. Además, de que se estigmatizaría a los usuarios esporádicos como adictos.

La CIE-10, por su parte, no reconoce el término por su ambigüedad. Sólo lo aplica para las sustancias que no generan dependencia.

Se presenta cuando no se reúnen al menos tres de los criterios de dependencia.

La OMS lo reconoció en el Comité de Expertos en Farmacodependencia celebrado en 1969 y lo definió como “consumo excesivo, persistente o esporádico de sustancias psicoactivas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica”. Actualmente, no recomienda su uso.

14 Cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana en Psiquiatría.

15 Décima Versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

16 Los patrones desadaptativos son un tipo de trastorno de la personalidad caracterizados por la rigidez y resistencia al cambio aún cuando las circunstancias lo demanden.

Dependencia

Según el DSM-IV, consiste en una “habitación al consumo de la sustancia, que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas” y se manifiesta con la presencia, en el lapso de 12 meses, de al menos tres criterios diagnósticos.

Los criterios son:

- a) Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- b) Dificultad para controlar el consumo.
- c) Síndrome abstinencia al detener o reducir el consumo.
- d) Tolerancia a la sustancia.
- e) Abandono progresivo de responsabilidades, así como de fuentes de placer o diversión
- f) Aumento del tiempo invertido para obtener o consumir la sustancia o recuperarse de sus efectos.
- g) Persistencia del consumo, pese a sus consecuencias perjudiciales.

Para la CIE-10 se trata del “grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y de comportamiento que indican que una persona carece de control sobre el consumo de alguna sustancia psicoactiva o psicotrópica y la utiliza a pesar de sus efectos adversos.” Prescribe criterios diagnósticos similares a los del DSM-IV.

La OMS lo define como “un trastorno causado por el consumo de sustancias psicoactivas, que trastornan los procesos cerebrales perceptuales, emocionales y motivacionales normales”.

Drogadicción

El término adicción a las drogas o drogadicción fue sustituido por la OMS en los años 70 por el dependencia, por lo que no lo ha recogido el CIE-10 y el DSM-IV. Sin embargo, en la actualidad aún es recurrido por varios especialistas quienes lo definen como una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que propician su desarrollo y manifestaciones, que produce trastornos progresivos por los efectos farmacológicos de las sustancias psicoactivas. Asimismo, identifican como criterios diagnósticos la intoxicación de forma periódica o continua, en la cual se presenta una compulsión por el consumo de la sustancia, que genera en el consumidor dificultades para interrumpir o modificar sus patrones de consumo, además de que el usuario se muestra decidido a obtener la sustancia a través de cualquier medio, así mismo indican que por lo general va acompañada de tolerancia a la sustancia y, en caso de interrupción o de reducción de las dosis, con la presencia del síndrome de abstinencia.

Algunas estadísticas de consumo

Como se puede observar en las estadísticas de consumo, la inmensa mayoría de la población mundial no usa ni ha usado nunca drogas. De quienes llegan a probarlas (consumo experimental), sólo una fracción pequeña desarrollará patrones de abuso o dependencia.

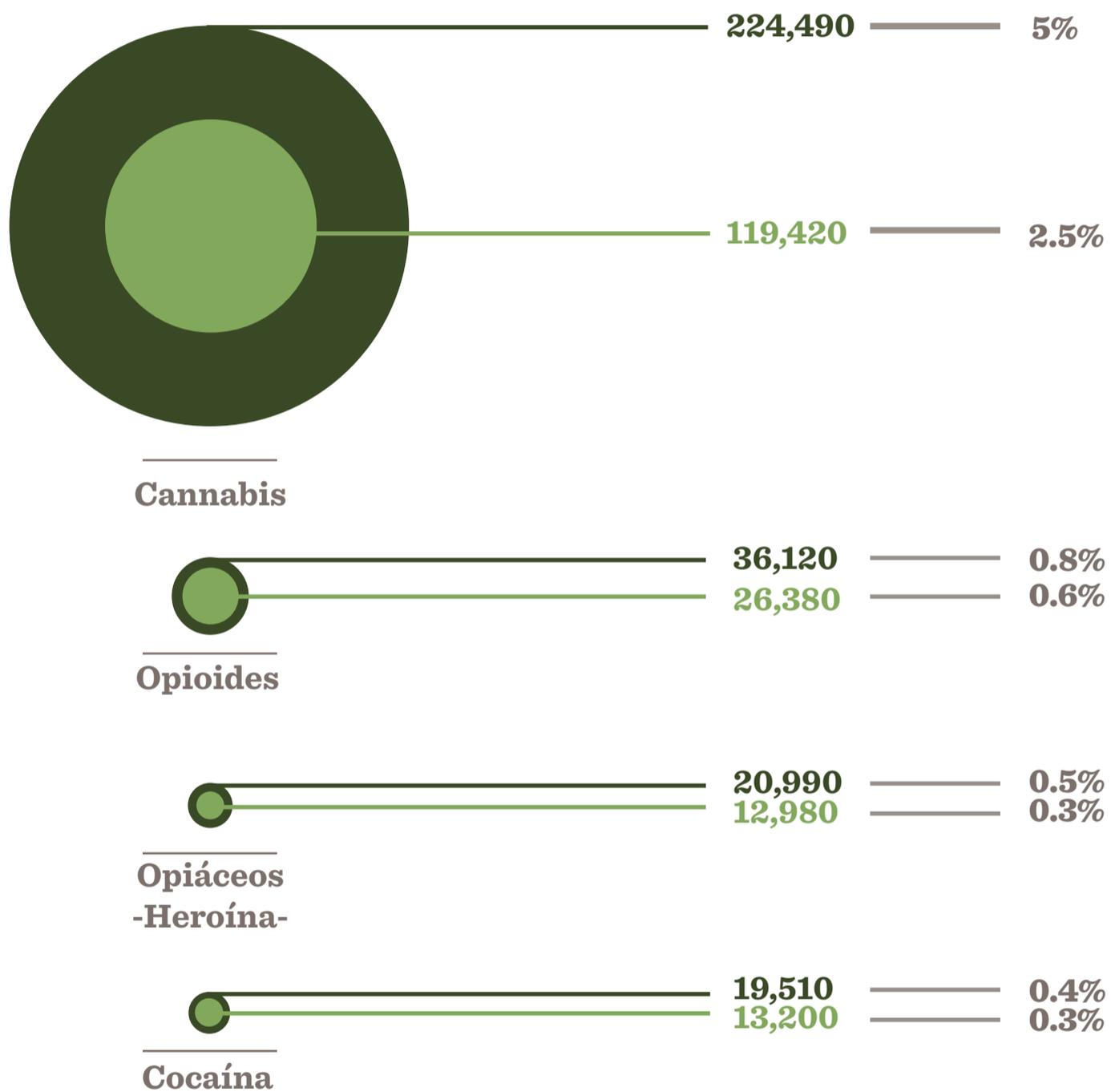
Mundial

Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilegales a nivel mundial 2013 *(1 de 2)*

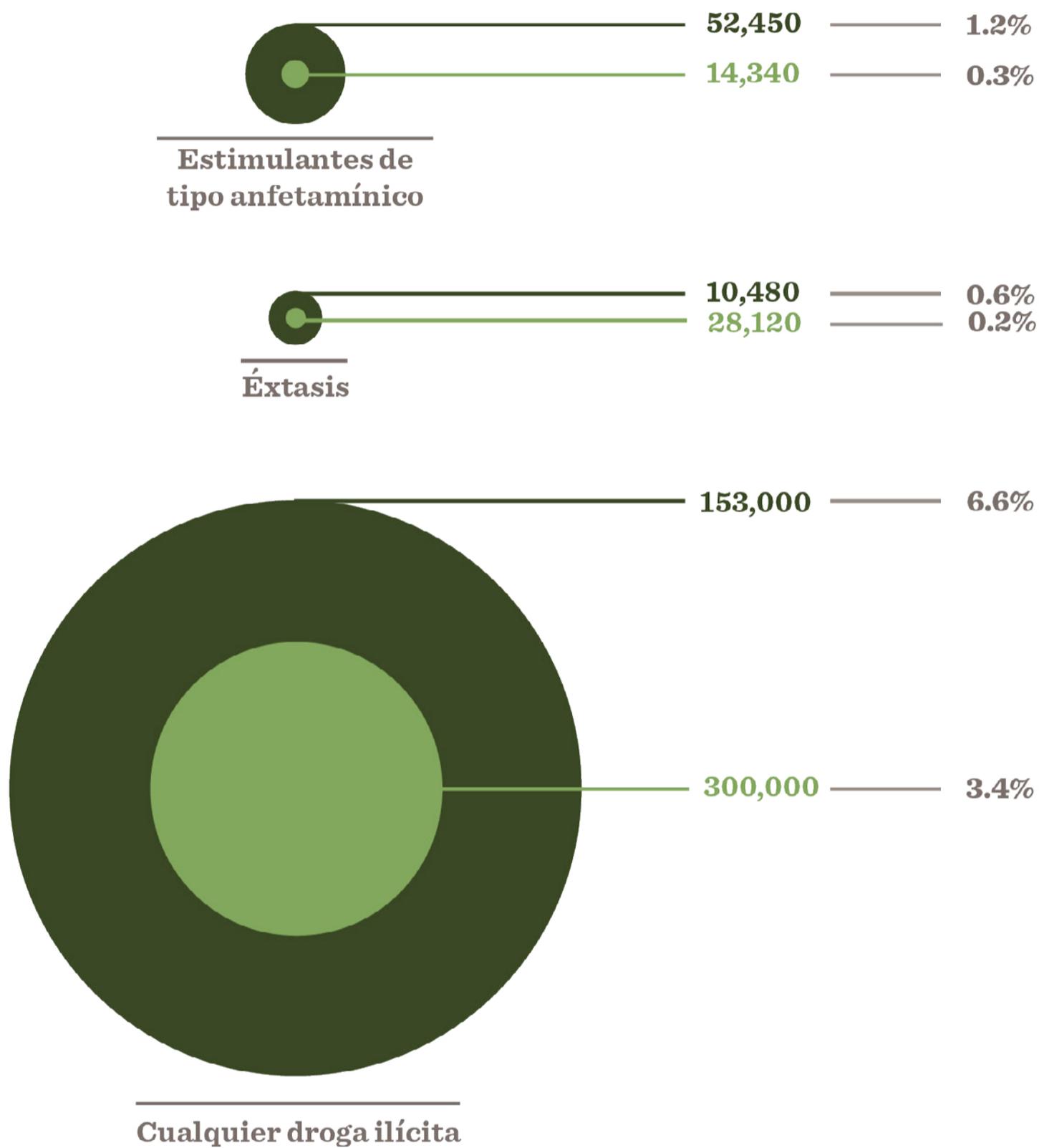
Estimación: Baja ●

Alta ●

Porcentaje ●



Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilegales a nivel mundial 2013 *(2 de 2)*



Fuente: Informe mundial de drogas 2012, ONUDC



Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años *(1 de 7)*

Estimación: Baja ● Alta ●

África

Número total de consumidores de drogas (Miles)



Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años

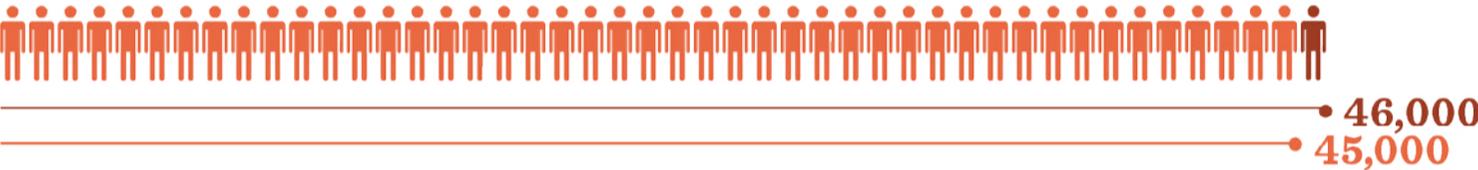


Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años *(2 de 7)*

Estimación: Baja ● Alta ●

América del Norte

Número total de consumidores de drogas (Miles)



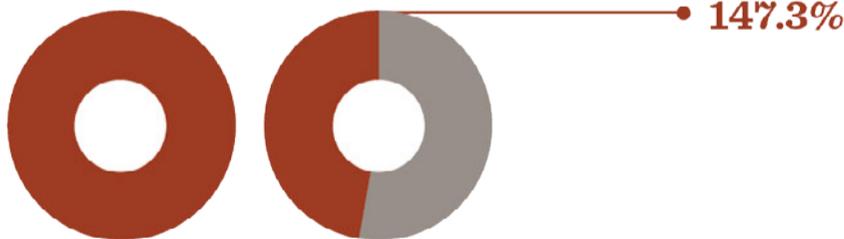
Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años



Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años *(3 de 7)*

Estimación: Baja ● Alta ●

América del Sur

Número total de consumidores de drogas (Miles)



Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años

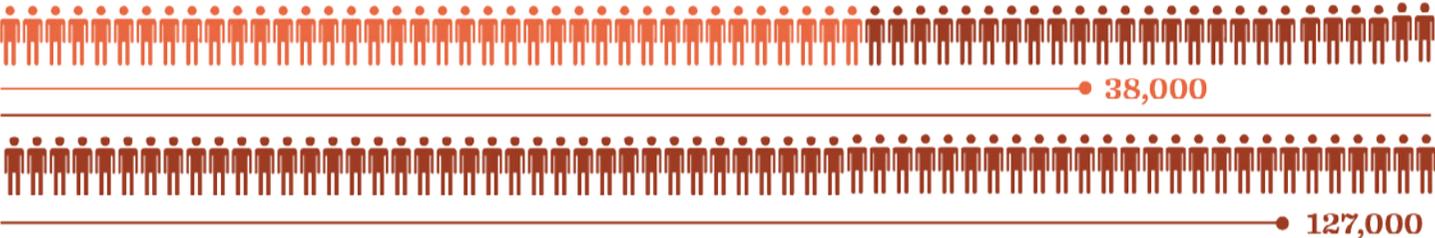


Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años *(4 de 7)*

Estimación: Baja ● Alta ●

Asia

Número total de consumidores de drogas (Miles)



Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años.



Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años *(5 de 7)*

Estimación: Baja ● Alta ●

Europa

Número total de consumidores de drogas (Miles)



Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64



Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años *(6 de 7)*

Estimación: Baja ● Alta ●

Oceanía

Número total de consumidores de drogas (Miles)



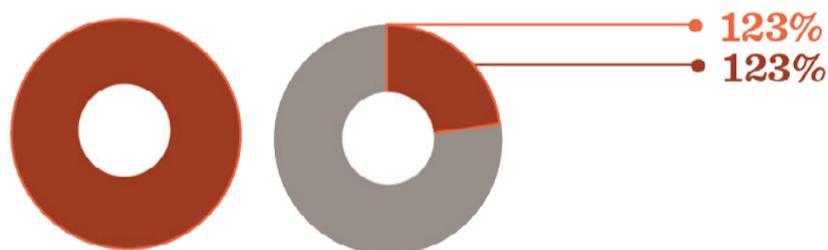
Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años.



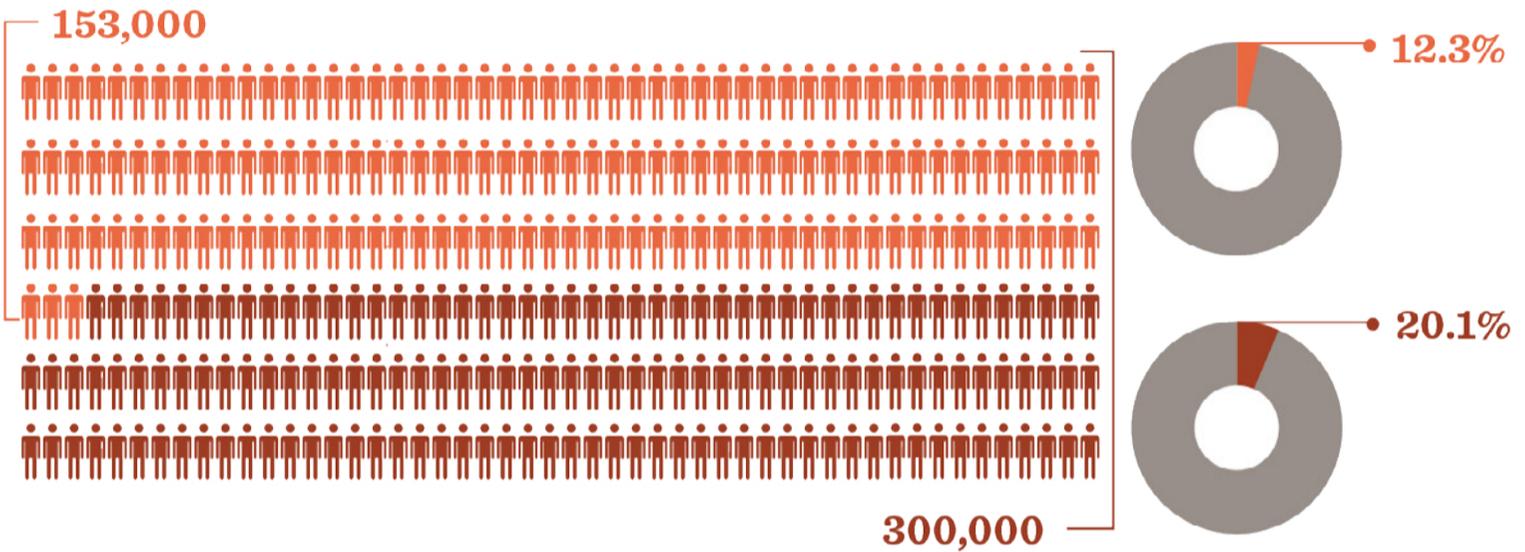
Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa por millón de habitantes de 15 a 64 años (7 de 7)

Estimación: Baja ● Alta ●

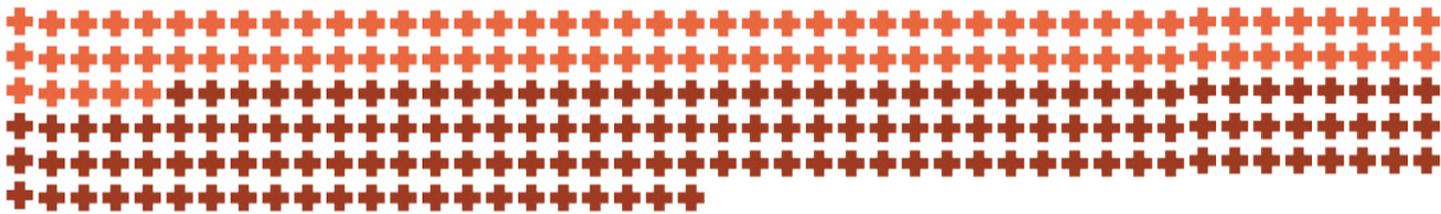
Todo el mundo

Número total de consumidores de drogas (Miles)

Prevalencia anual



Número de muertes relacionadas con drogas



99,000

253,000

Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años.

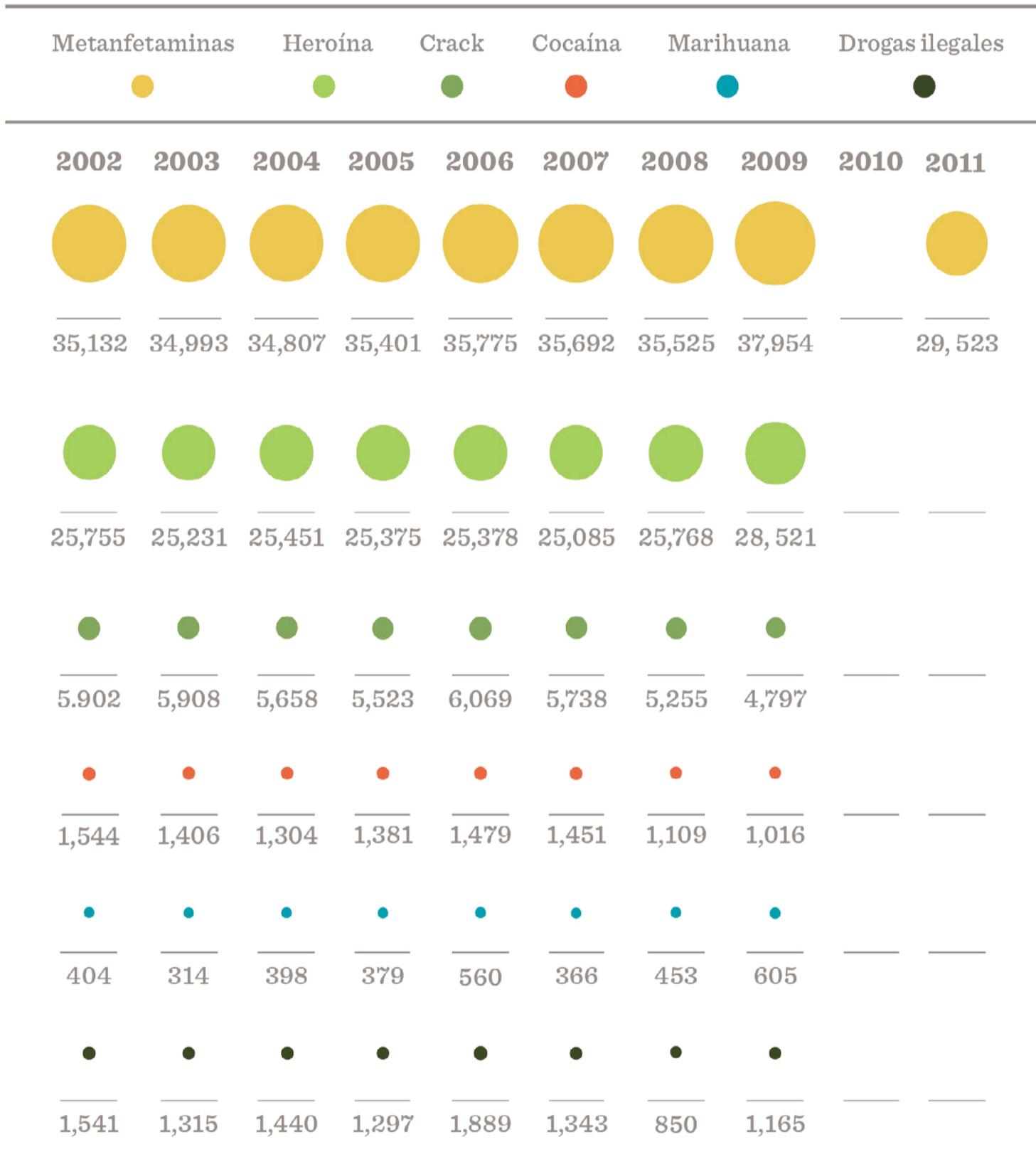


Fuente: Informe Mundial de Drogas 2012, ONUDC



Estados Unidos

Consumo último año en Estados Unidos, 2002-2011 *(en miles)*

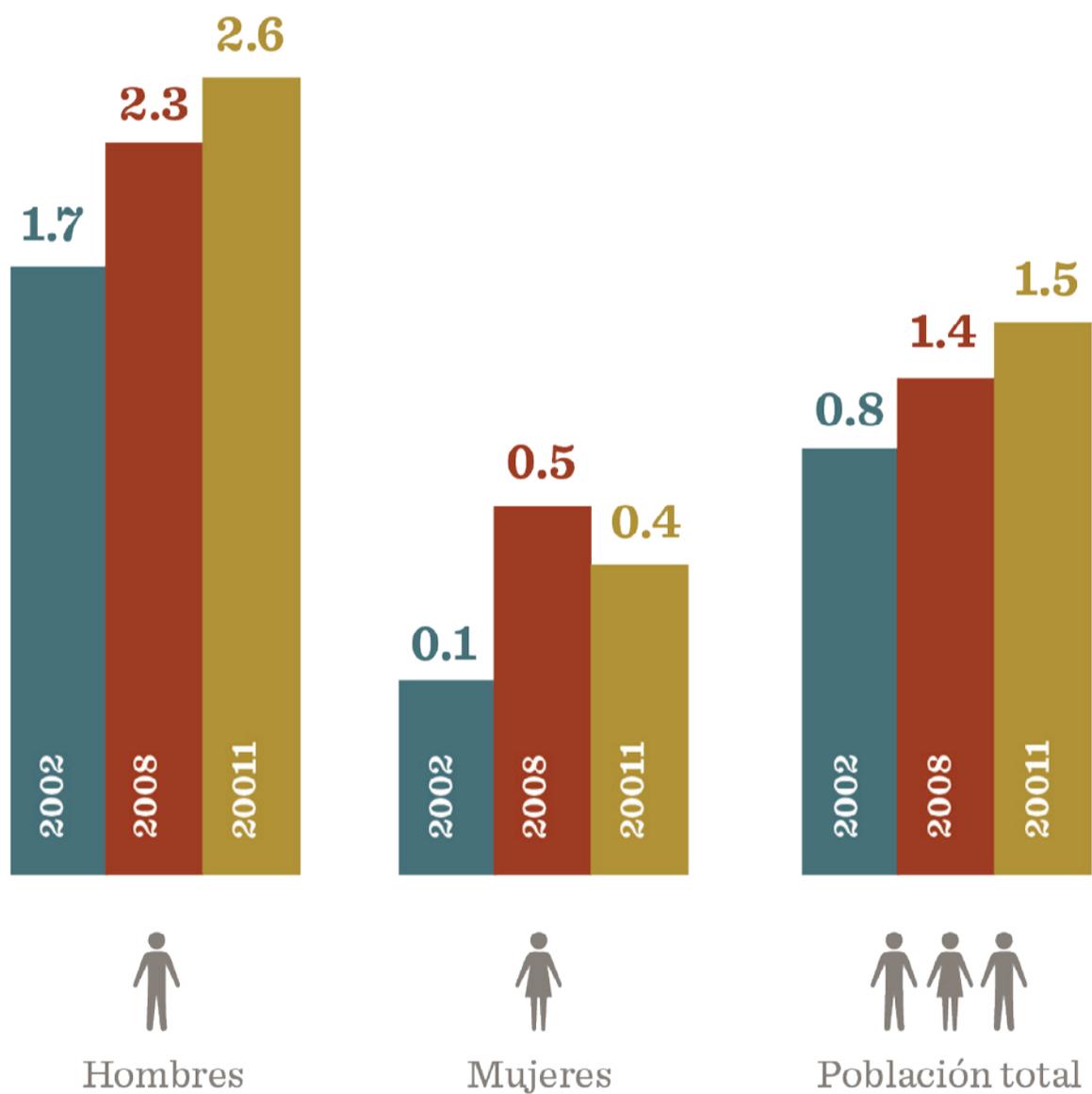


Fuente: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)



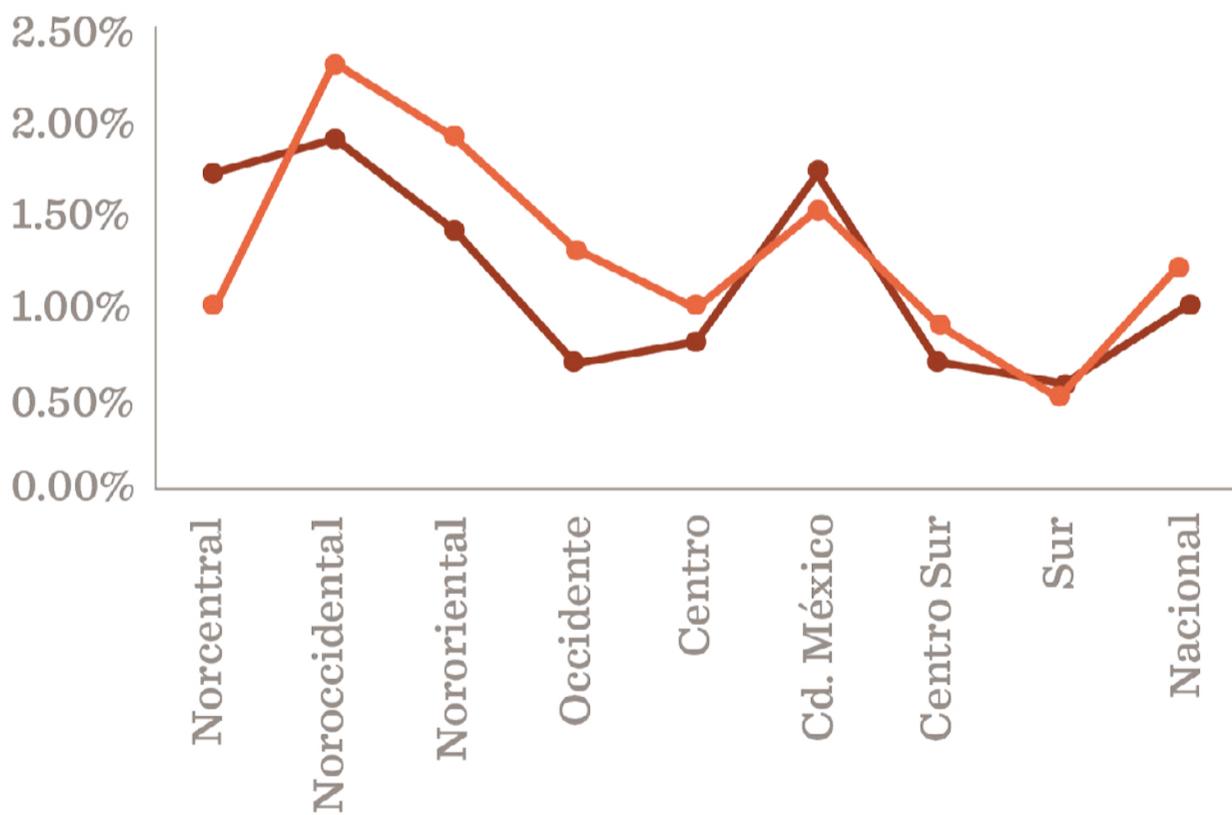
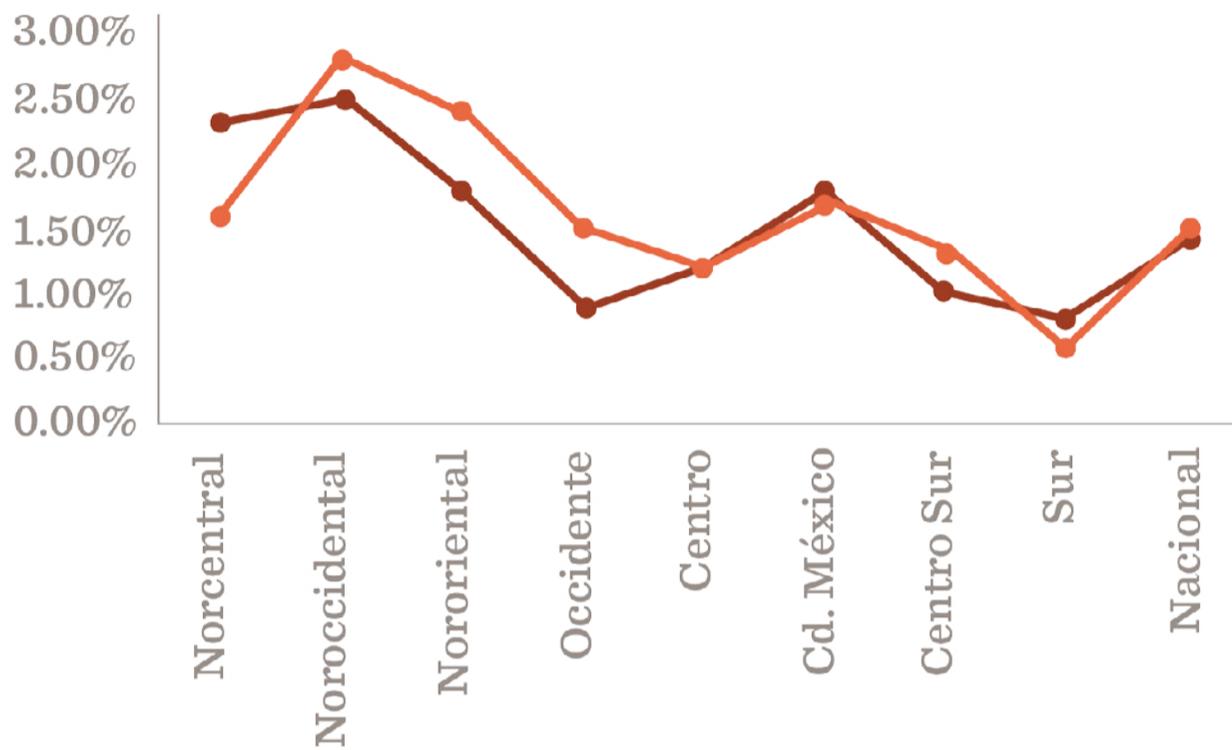
Tendencias en el uso en el último año de cualquier droga ilegal.

Población total de 12 a 65 años

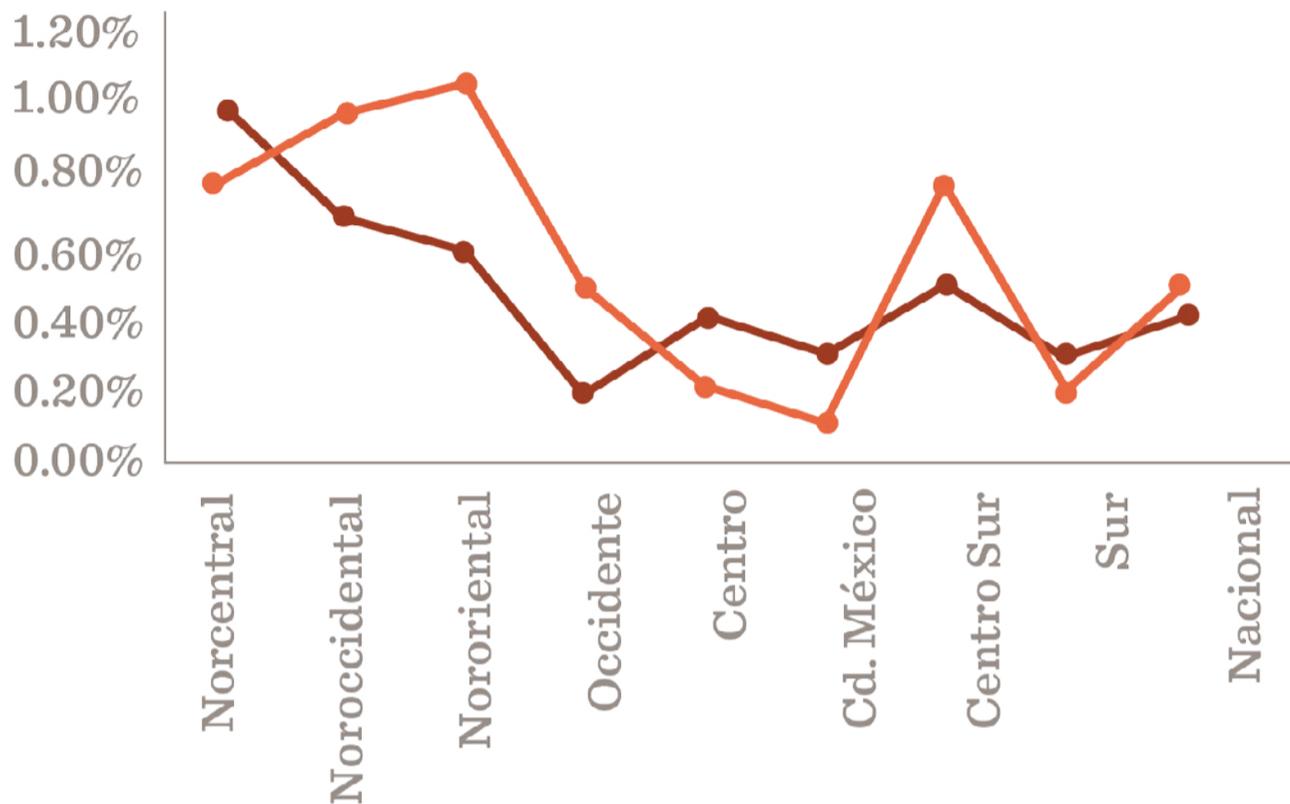


México

Tendencias regionales del consumo de drogas en el último año en la población total de 12 a 65 (1 de 2)



Tendencias regionales del consumo de drogas en el último año en la población total de 12 a 65 (2 de 2)



Algunos comentarios sobre las estadísticas de consumo

Las estadísticas sobre consumo de drogas se obtienen en lo fundamental mediante encuestas a población abierta o a subconjuntos de población (población escolar, por ejemplo).

En México, el principal instrumento de medición es la llamada Encuesta Nacional de Adicciones. Si bien es una herramienta útil para dimensionar el tamaño del fenómeno, sus resultados deben tomarse con suma cautela debido a los siguientes factores:

No todos los encuestados responden de manera honesta sobre comportamientos socialmente estigmatizados o que se encuentran en el filo de la legalidad.

La encuesta se levanta en hogares y una parte no menor de los usuarios intensivos de drogas está en situación de calle o en las prisiones.

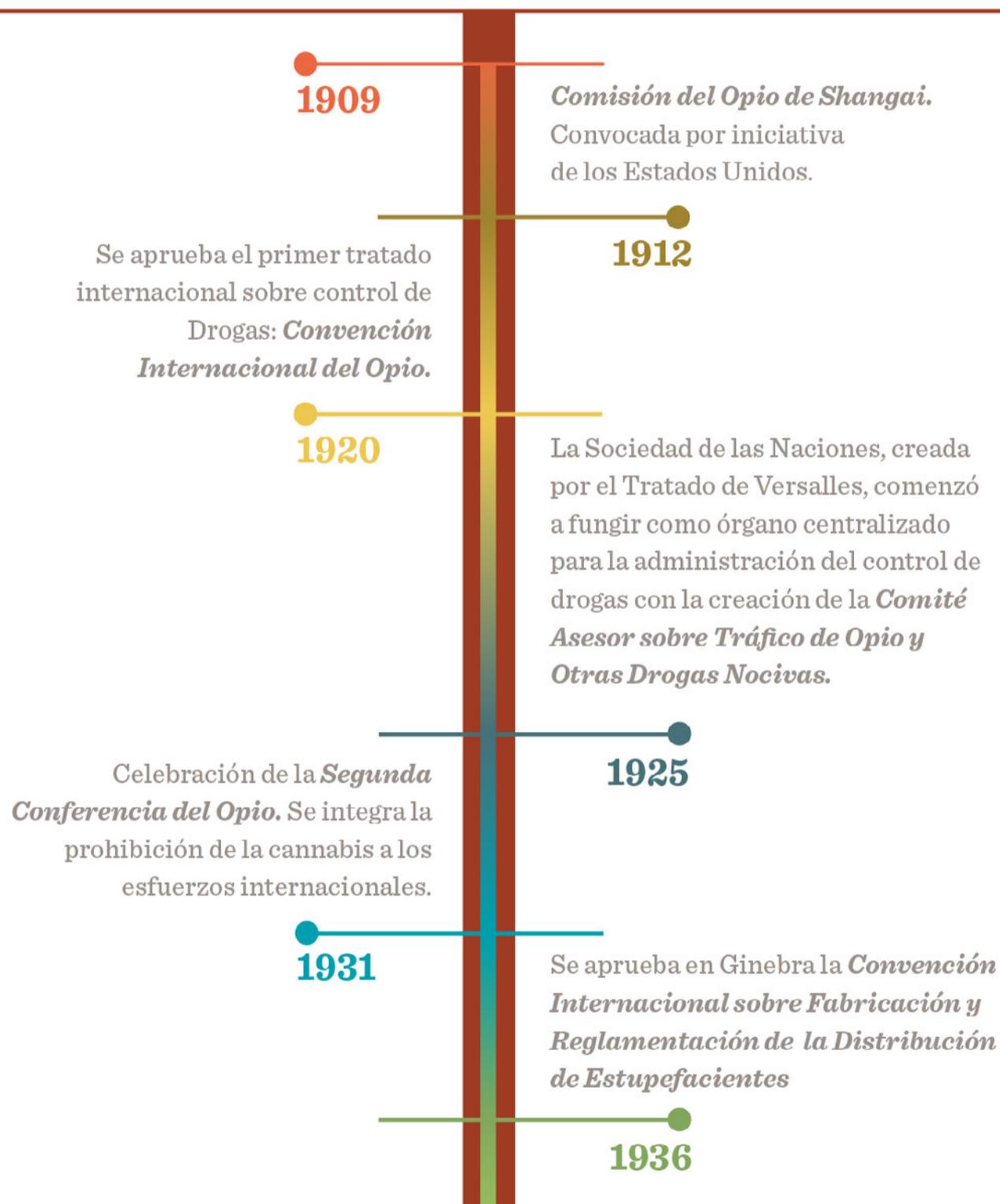
Las muestras tienden a ser relativamente pequeñas y, por tanto, el margen de error teórico para algunas subpoblaciones puede ser importante.

No se levanta a intervalos regulares: hay un ejercicio en 2002, otro en 2008 y un tercero en 2011.

La ENA 2011 presenta adicionalmente las siguientes problemáticas:

- La encuesta tiene 14,980 casos en muestra, con una prevalencia anual de 1.8% en el consumo de todas las drogas, lo que implica que se encontraron a 270 personas que admitieron haber consumido alguna droga en los doce meses previos a la encuesta.
- Tienen un problema de comparabilidad con los ejercicios previos. La muestra en 2011 fue representativa de un universo de 83 millones de mexicanos entre 12 y 65 años. La de 2008 era representativa de un universo de 75 millones de personas. El incremento de 10.6% entre una encuesta y otra resulta inverosímil: implica una tasa de crecimiento anual de 3.4%. La diferencia es resultado de que el Censo de 2010 arrojó un número de mexicanos mayor al anticipado (4 millones de más). Para comparar el número absoluto de usuarios de drogas (incluyendo alcohol o tabaco), se requeriría ajustar hacia arriba los datos de población de 2008. Pero eso aún no es posible ya que CONAPO no ha actualizado hacia atrás la información.
- No presenta la prevalencia para el consumo último mes.

Historia básica del control de drogas Global



Se aprueba en Ginebra la *Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas*

1946

El régimen de fiscalización internacional es transferido a las Naciones Unidas.

Se aprueba la *Convención Única sobre Estupefacientes*

1961

1968

Los países miembros de las Naciones Unidas reconocen la complejidad de la legislación internacional en materia de fiscalización de drogas en diversos tratados. Preparan una convención única que sustituyera a los convenios anteriores.

Se aprueba el *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas*

1971

1972

Se revisa y enmienda la *Convención Única sobre Estupefacientes*

Se aprueba la *Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas*

1988

1991

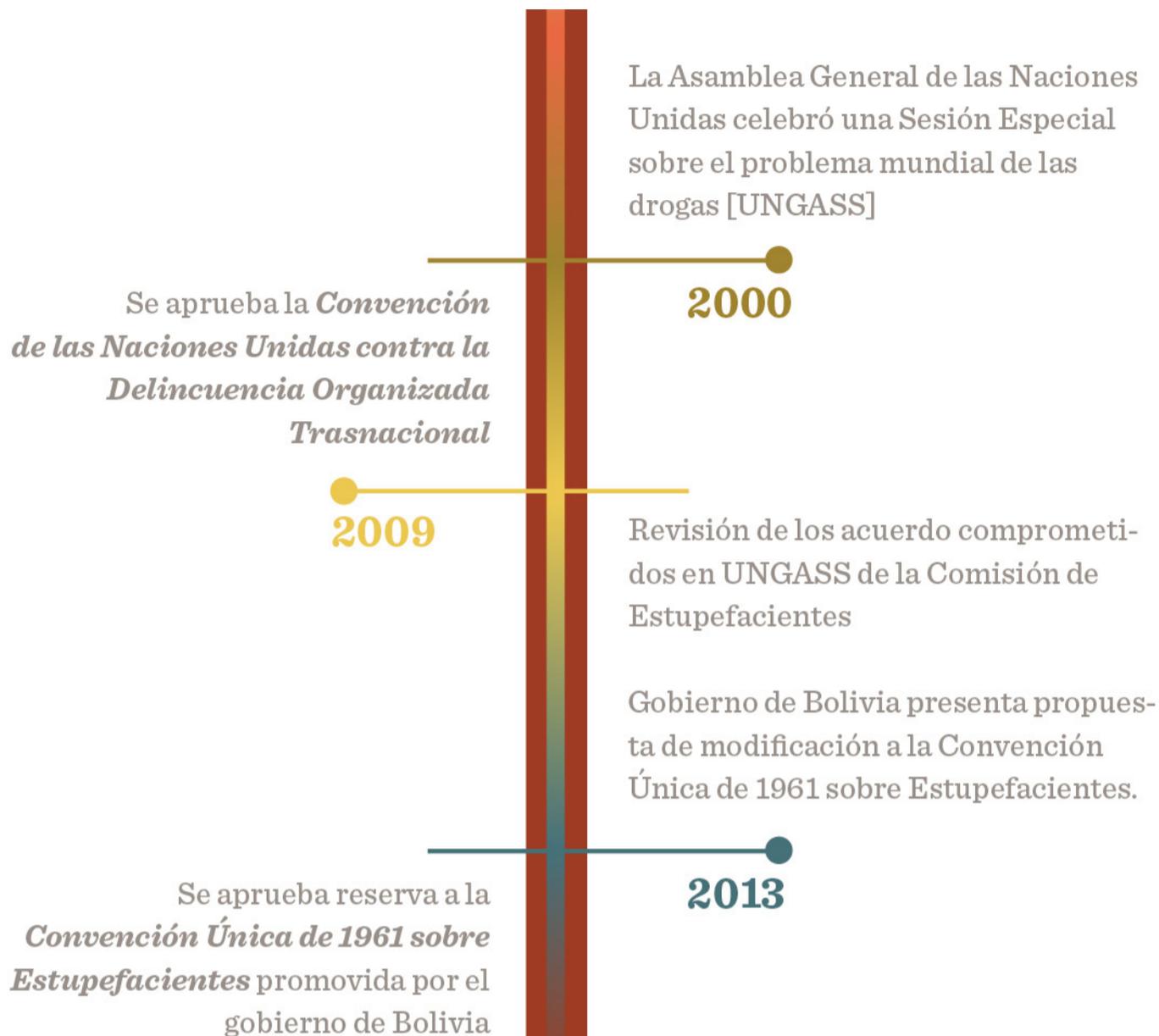
Se estableció el *Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas* (PNUFID)

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito pasa a ser el órgano rector para el combate contra las drogas ilícitas y el crimen organizado

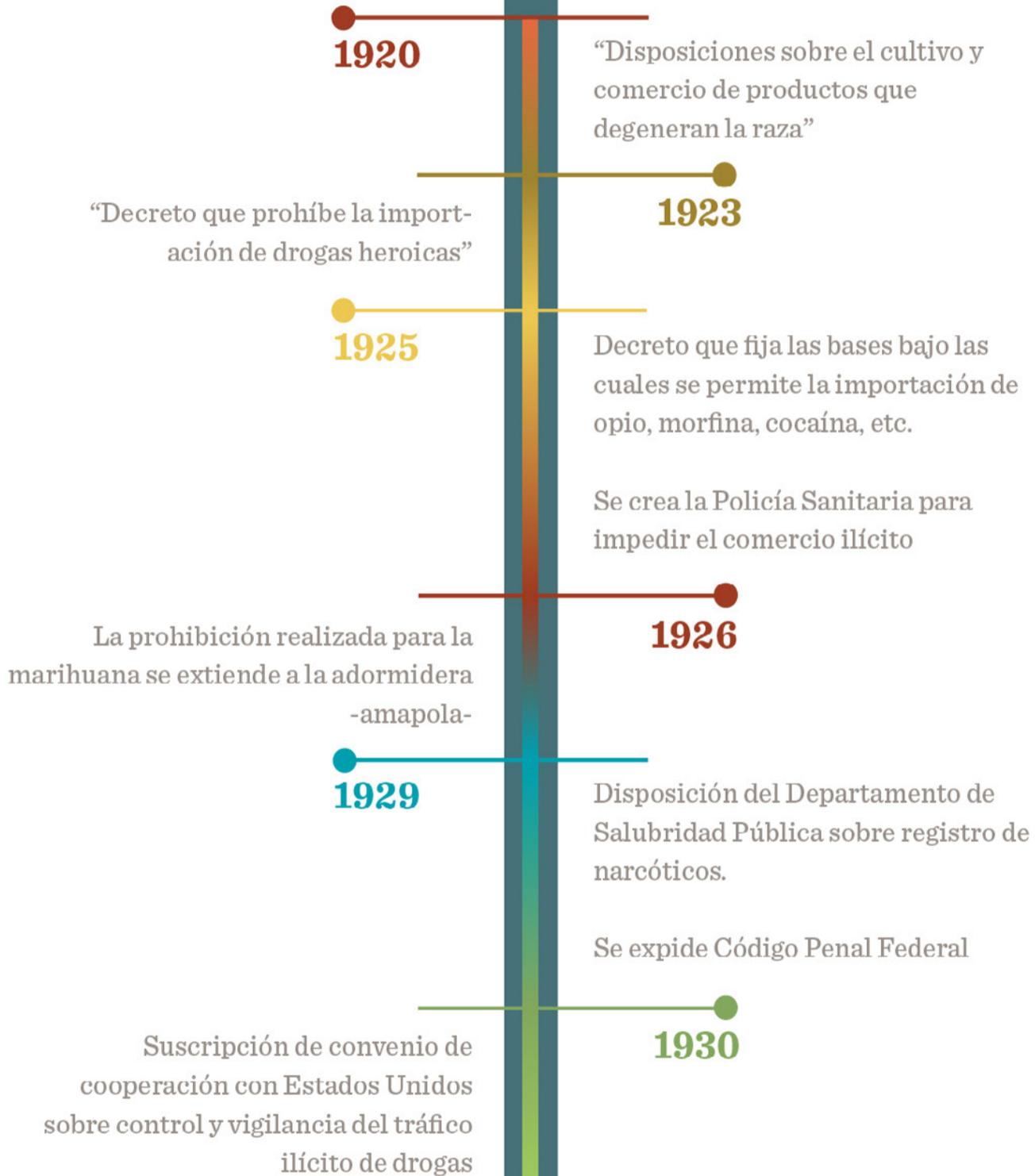
1997

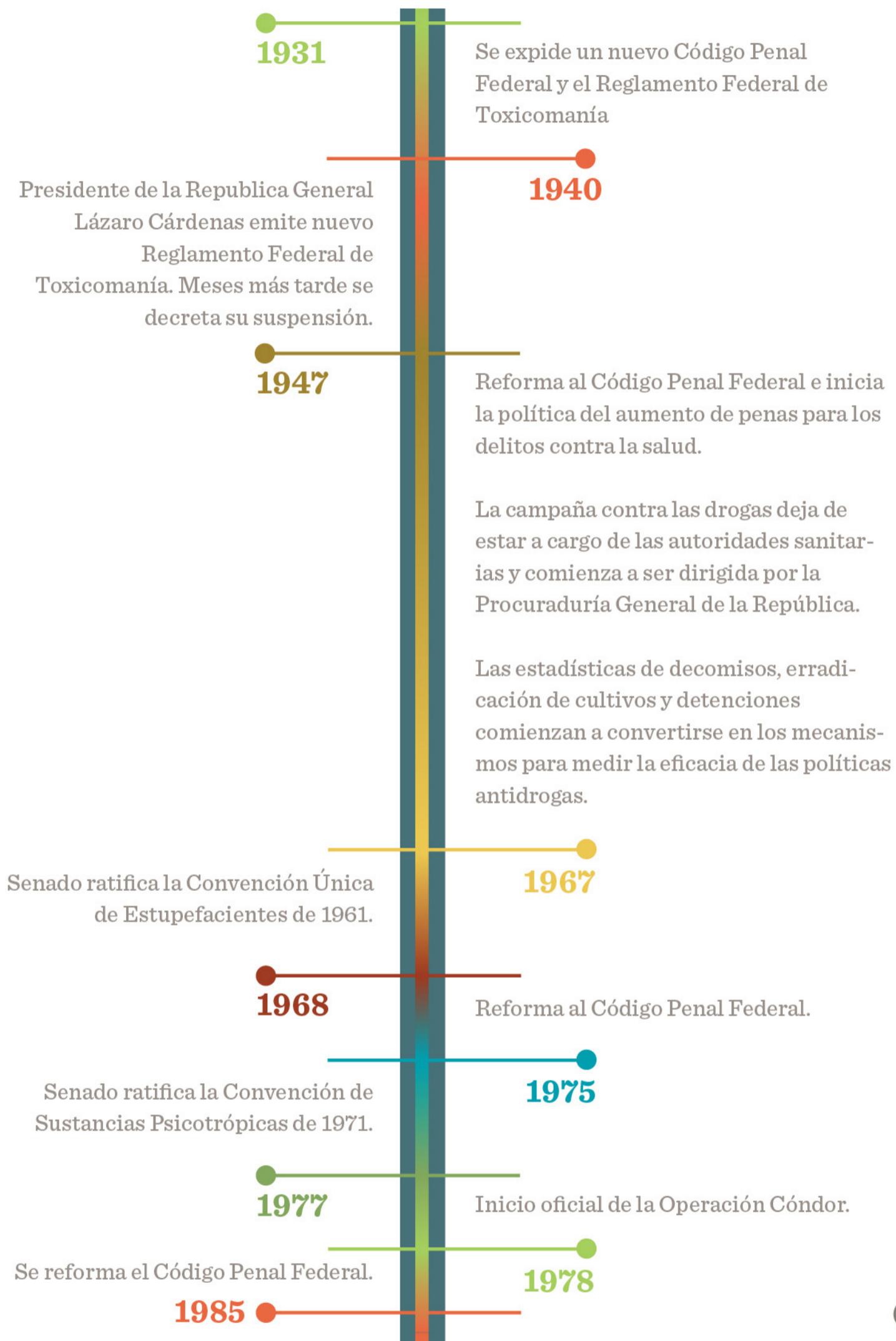
1998

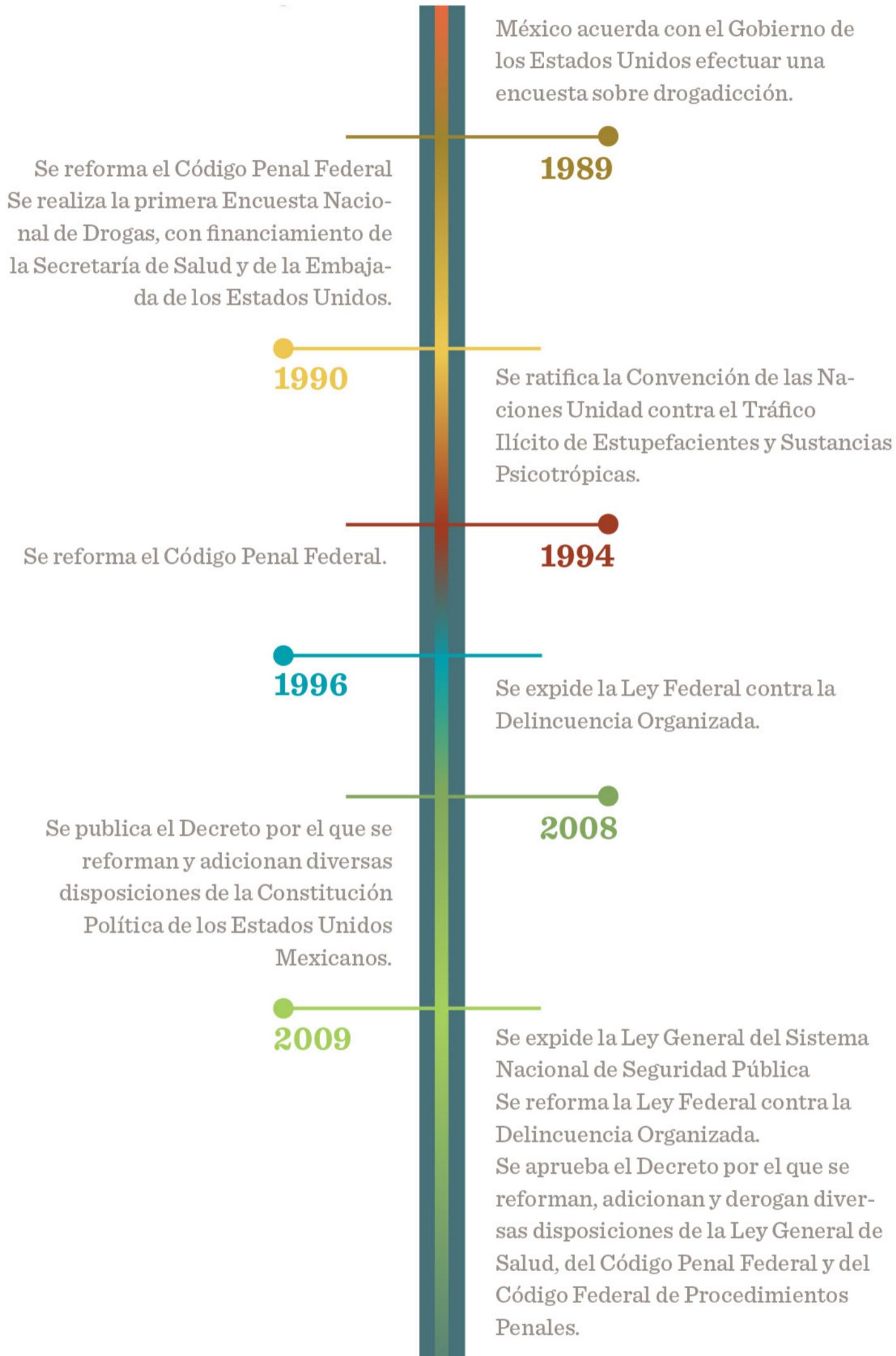




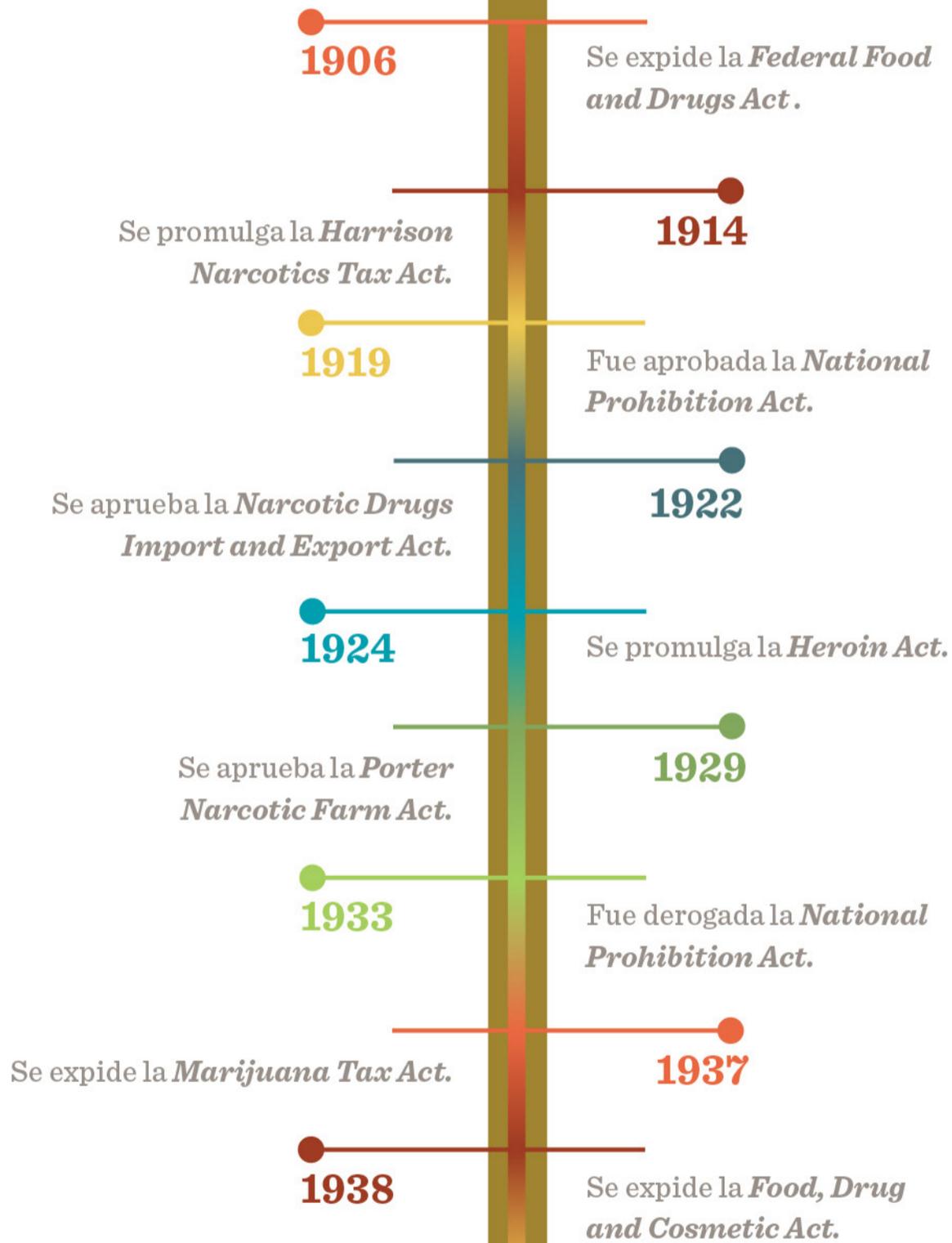
México

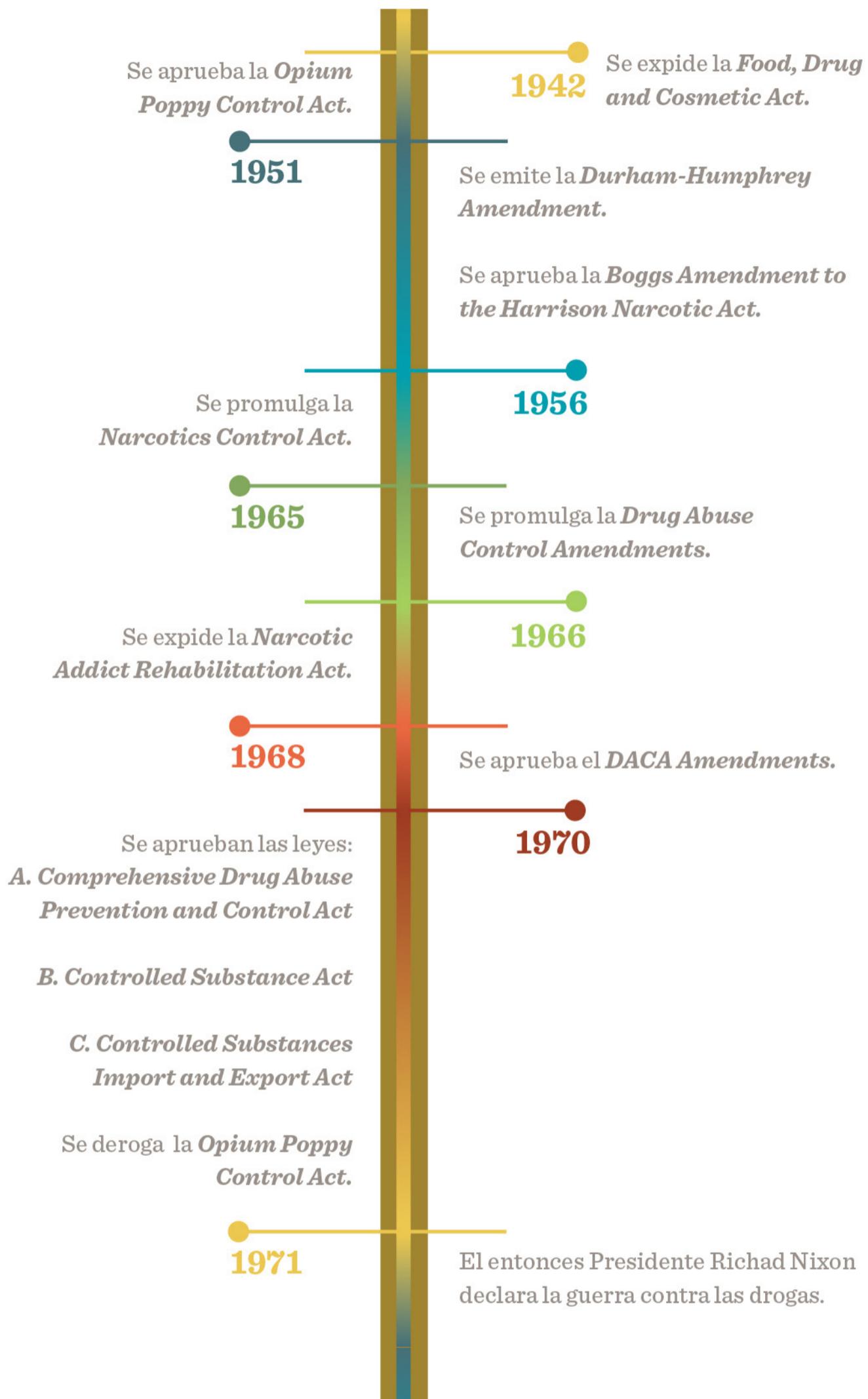






Estados Unidos





Se expide la *Drug Abuse Office and Treatment Act*.

1972

1973

Se promulgan la *Methadone Control Act*.

Se propone la *Heroin Trafficking Act*.

Por orden del Presidente Richard Nixon, se forma la *Drug Enforcement Administration* [DEA], tomando el lugar del *Bureau of Narcotics and Dangerous Drug*.

El 25 de septiembre el *Alcohol, Drug, Abuse, and Mental Health Administration* se convierte en un programa oficial diseñado para promover la investigación y el tratamiento sobre el abuso de sustancias.

Se expiden las emiendas denominadas *Drug Abuse Prevention Treatment, and Rehabilitation Amendments*.

1980

1984

Se aprueban la *Drug Offenders Act*, la *Dangerous Drug Diversion Control Act* y la *National Narcotics Act*.

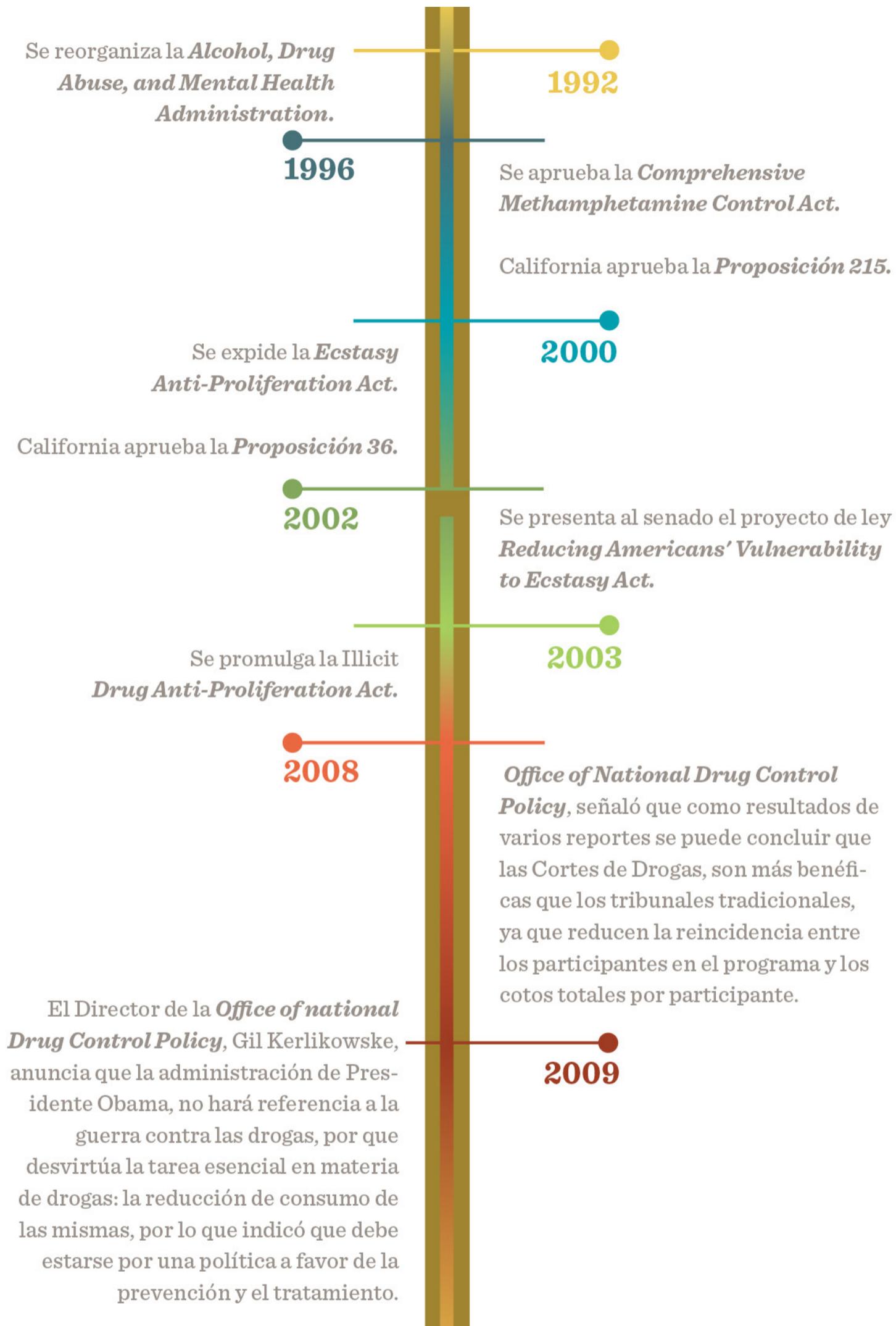
Se aprueban las leyes:
A. *Analogue (Designer Drug) Act*
B. *Anti-Drug Abuse Act*

1986

1988

Se aprueban la *Anti-Drug Abuse Amendment Act* y la *Omnibus Drug Abuse Act*.







Tráfico

Las formas de contrabando son muy variadas, sofisticadas e ingeniosas. Pueden realizarse por vías aérea, marítima, terrestre o subterránea. El talento comercial no se limita a las tradicionales “mulas” que transportan la droga por aviones comerciales o por medio de transporte terrestre, también se encuentran narcotúneles, puentes instalados temporalmente sobre el muro fronterizo o encima de las secciones poco caudalosas de los ríos Bravo y Colorado, catapultas que lanzan la droga arriba del muro fronterizo; por mar usan lanchas rápidas, yates de placer, embarcaciones pesqueras, buques de carga y navíos porta-contenedores, submarinos o semisumergibles; por aire se utilizan aviones o avionetas que la lanzan en zonas de aguas internacionales y, posteriormente la recogen en diversas embarcaciones, o la depositan en lugares remotos de Centro América y el Caribe.

Ya en los países de consumo, las drogas se distribuyen mediante redes complejas. En términos generales, es un error suponer que la distribución se da al interior de organizaciones jerárquicas, similares a las existentes en la economía lícita. Más bien, la evidencia apunta a que la droga llega al consumidor final tras una serie larga de transacciones comerciales. Por ejemplo, de acuerdo a algunas estimaciones, en el caso de la cocaína, pueden realizarse hasta seis transacciones desde el importador en Estados Unidos hasta el consumidor final.

Ese hecho es particularmente relevante para dimensionar el tamaño de las organizaciones mexicanas del narcotráfico. La evidencia disponible sugiere que los grupos criminales mexicanos no tienen una participación destacada en la distribución interna de drogas en Estados Unidos, pasada la importación inicial.

En 2004, se levantó una amplia encuesta entre reclusos de penitenciarías federales y estatales en Estados Unidos y, en una serie de artículos recientes, los académicos Jonathan Caulkins y Eric Sevigny sistematizaron la información obtenida para determinar el perfil de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas ilegales. En uno de estos artículos, dividieron a los reclusos en cuatro grupos poblacionales: mexicanos, méxico-americanos, estadounidenses sin ascendencia mexicana y extranjeros de otras nacionalidades.

Asimismo, organizaron los datos obtenidos acerca de los roles en el tráfico de drogas, es decir, lo que los reclusos dijeron que hacían.

Cruzaron ambas variables y obtuvieron los resultados que se presentan en la siguiente gráfica: Si los cárteles mexicanos fueran dominantes en la distribución de drogas en Estados Unidos (el NDIC señalaba que ya lo eran en 2004) entonces, los presos de origen mexicano estarían sobrerrepresentados en las categorías más directamente vinculadas al comercio interno (mayorista y menudista). Pero, como se observa en la gráfica, la proporción de reos mexicanos y México-americanos en esos roles es similar a la proporción de la población de origen mexicano en Estados Unidos (10%, aproximadamente). La única categoría donde hay una clara sobrerrepresentación es entre los importadores, es decir, donde hay un vínculo más directo con el contrabando de drogas. Pero aún allí, vale la pena destacar que 1) la gran mayoría de los reos no es de origen mexicano y, 2) los México-americanos juegan un rol más importante que los mexicanos, lo cual refuerza la idea de que las pandillas México-americanas (por ejemplo, la célebre Mexican Mafia) participan de manera destacada en llevar las drogas al mercado de Estados Unidos. Es posible que la distribución de roles haya cambiado algo desde 2004, pero sorprendería mucho una transformación radical. De hecho, en un reporte reciente (National Gang Threat Assessment 2011), el FBI destacó el papel importante de pandillas de diversos grupos étnicos de Estados Unidos y no así el de los cárteles mexicanos en la distribución interna de drogas. En resumen, existe evidencia abrumadora de que la “presencia” de los cárteles en el mercado estadounidense es similar a la que tienen los productores mexicanos de aguacate, autopartes o televisiones: son los proveedores de importadores establecidos en Estados Unidos que suministran el producto a una serie de mayoristas, quienes a su vez se encargan de llevarlo al mercado detallista en centenares de ciudades. Ese hecho tiene una implicación: las ganancias de los cárteles mexicanos se limitan, en lo fundamental, a lo que obtienen por exportar la mercancía. De acuerdo con el mejor estudio en esta materia, publicado en 2010 por la RAND Corporation, los ingresos brutos por exportación de drogas se calculan entre cinco y ocho mil millones de dólares, con una mejor estimación mayor de 6.6 miles de millones de dólares. Es decir, sus ingresos brutos por tráfico de drogas serían de tres a seis veces menos de lo que habitualmente se les atribuye.

Tamaño del mercado

Existen diversos métodos para estimar el valor y volumen del consumo de drogas en un mercado específico. Ninguno es enteramente preciso y tienen márgenes de error amplios. Por ese motivo, cualquier estimación sería que debe presentarse en un rango, en términos probabilísticos. En términos esquemáticos, el volumen consumido se puede estimar desde la oferta o desde la demanda. Desde la oferta, los decomisos y las erradicaciones son el insumo básico. Tienen la ventaja de contar con un dato duro (el volumen decomisado o erradicado), pero sufren de una debilidad básica: es imposible saber cuánta droga no se decomisó o no se erradicó. Se requiere por tanto hacer supuestos heroicos sobre el porcentaje de la droga total que es decomisado o erradicado. Las estimaciones desde la demanda también son problemáticas. Se construyen a partir de encuestas de adicciones y son sensibles por tanto a los sesgos típicos de ese género de instrumentos. Asimismo, la carencia de información confiable sobre el número de días de uso y las cantidades típicas consumidas por días de uso de drogas ilegales limita la precisión de las estimaciones realizadas con base en la demanda. Sin embargo, las estimaciones realizadas desde la demanda tienden a ser mejores que las estimaciones desde la oferta por una razón sencilla: al final del día, la información base procede de los propios usuarios. A continuación, se presentan los parámetros de estimación utilizados por investigadores de la RAND Corporation para calcular el volumen estimado en un estudio publicado en 2009 sobre el mercado mundial de drogas ilícitas.

Parámetros de consumo por droga (1 de 3)

■ Baja

■ Mejor

■ Alta

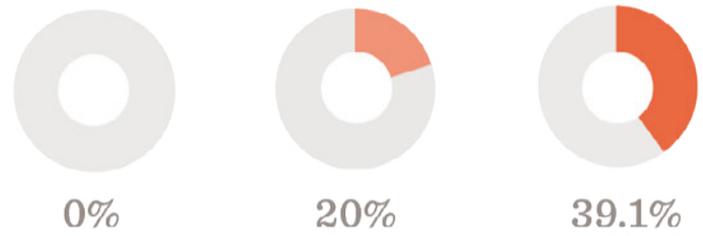
Marihuana

Todos los usuarios

Gramos por cigarro:

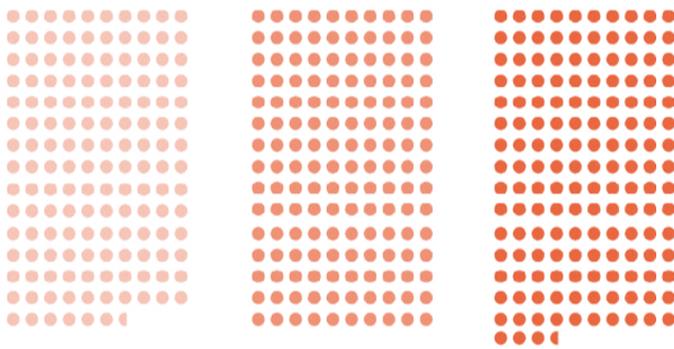


% subestimación:

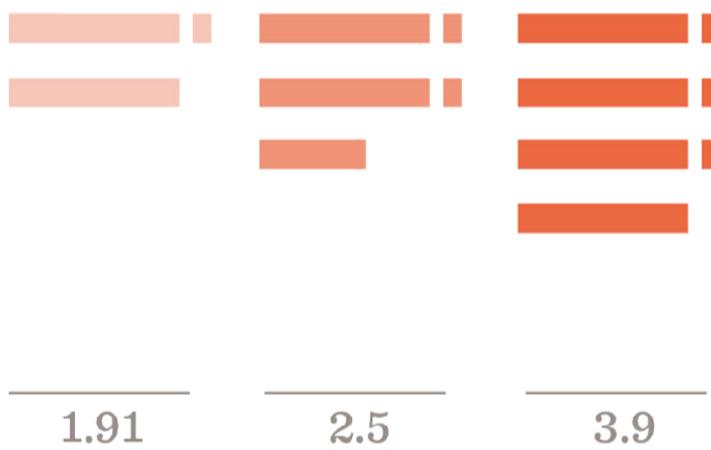


Usuarios último mes

Días de uso en 2005:



Cigarros por uso:

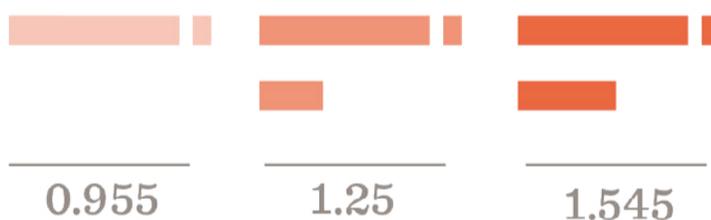


Usuarios último año, pero no último mes

Días de uso en 2005:



Cigarros por uso:



Parámetros de consumo por droga (2 de 3)

■ Baja

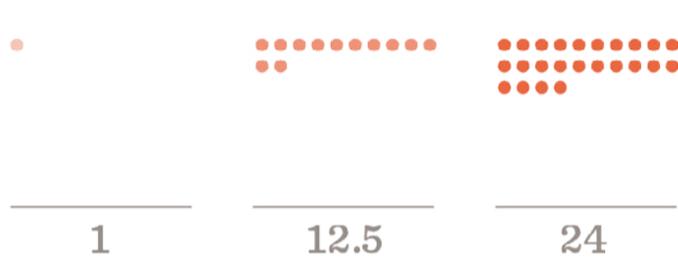
■ Mejor

■ Alta

Cocaína

Usuarios no habituales

Días de uso en 2005:

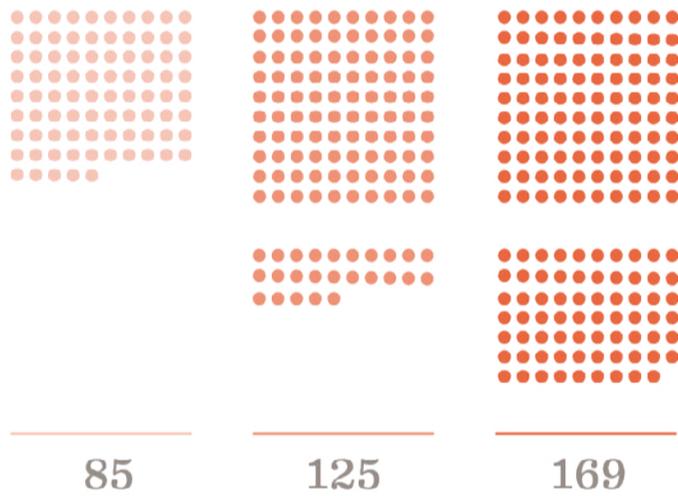


Gramos de consumo al día:

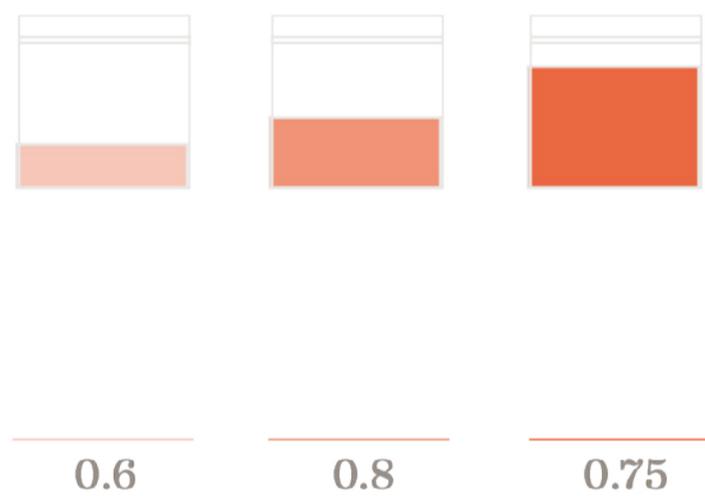


Usuarios no habituales

Días de uso en 2005:

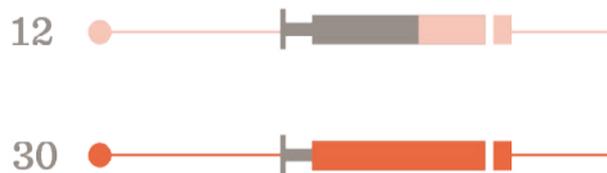


Gramos de consumo al día:

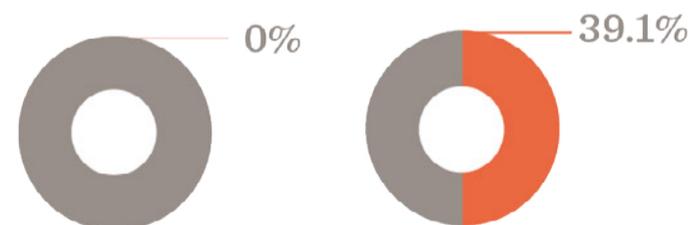


Heroína

Gramos puros utilizados al año:



% subestimación:



Parámetros de consumo por droga (3 de 3)

■ Baja

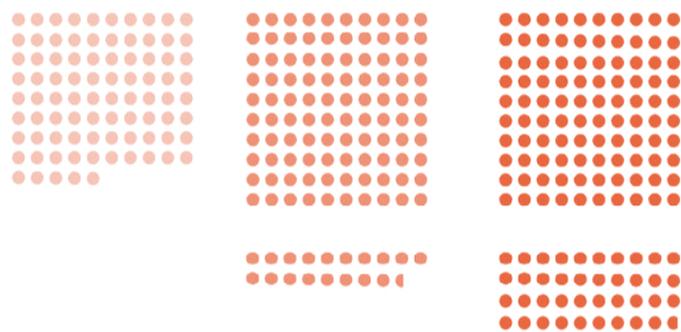
■ Mejor

■ Alta

Metanfetaminas

Usuarios último mes

Días de uso en 2005:



87.6

113.75

139.9

Gramos puros por uso diario:



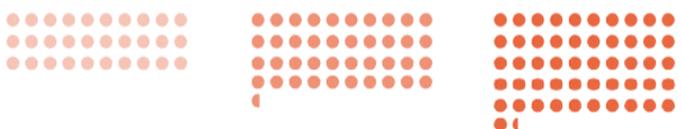
0.25

0.4

0.7

Usuarios último año, pero no último mes

Días de uso en 2005:



29.96

40.65

51.34

Gramos puros por uso diario:



0.25

0.25

0.25

Fuente: Rand Corporation. *Estimating the size of the global drug market: A demand-side approach, Report 2, 2009.*



Una dificultad adicional para estimar el tamaño de un mercado proviene de la escasez de información confiable sobre precios. Dado el carácter subterráneo del negocio, no existen muchas bases de datos sistemáticos sobre los precios de las drogas ilícitas. La más grande y larga del mundo es la administrada por la DEA, sobre precios en Estados Unidos, y conocida como STRIDE (System to Retrieve Information from Drug Evidence).

Esa base de datos recaba información desde 1980 y es tal vez la mejor fuente de información en la materia. Pero aún en ese caso, las debilidades metodológicas son muy importantes: en particular, no está construída con una muestra representativa, sino con compras encubiertas vinculadas a investigaciones y casos judiciales específicos.

No existe en México una base de datos confiables sobre precios de drogas ilícitas, lo cual hace casi imposible estimar con un mínimo de precisión el tamaño del mercado nacional.

En resumen, todas las estimaciones sobre el tamaño de los mercados de drogas ilícitas deben de ser tomada con gran cautela. Hay incertidumbre sobre el número y tipo de usuarios, los días de uso, las cantidades típicas por día de uso y los precios relevantes. En esas condiciones, cualquier número no puede ser considerado más que una estimación gruesa, sujeta a grados importantes de error.

Algunas estimaciones sobre el tamaño del mercado de drogas ilícitas (a manera de ilustración)

Tamaño del mercado

Estimaciones de la RAND Corporation sobre el tamaño del mercado a menudeo de marihuana

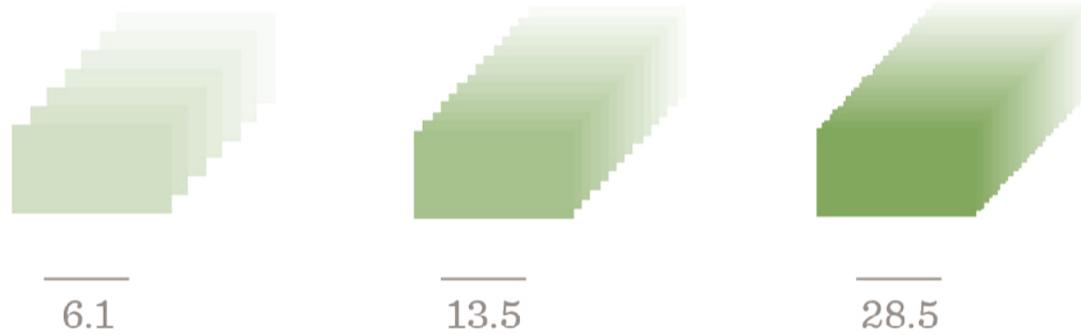
(1 de 4)

Estimados: Bajo ● Mejor ● Alto ●

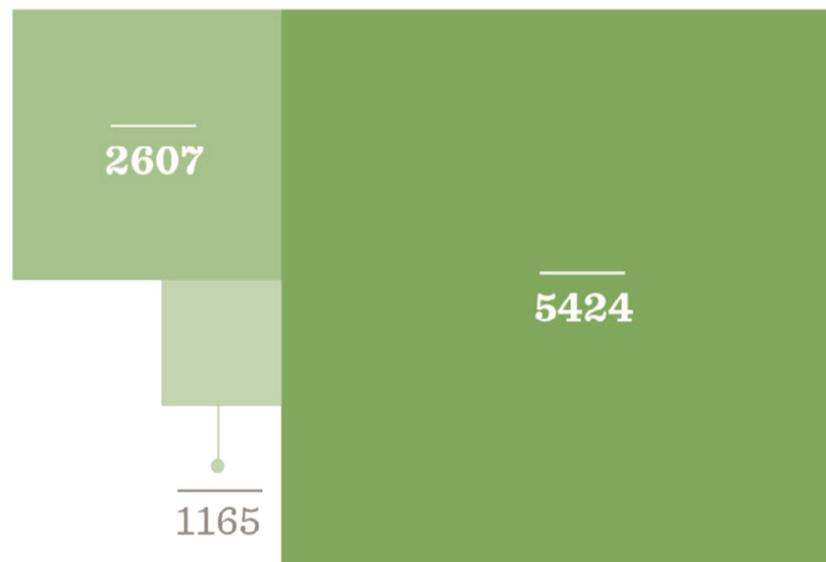
Europa occidental y central

Subtotales

Euros (billones)



Toneladas métricas consumidas (TM)



Estimaciones de la RAND Corporation sobre el tamaño del mercado a menudeo de marihuana

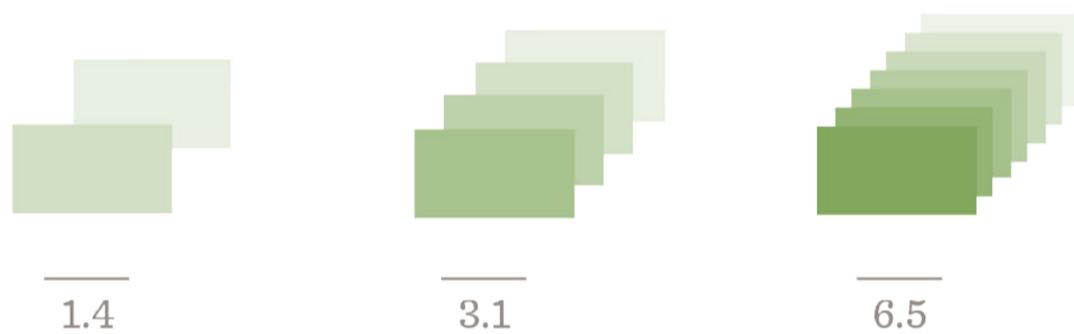
(3 de 4)

Estimados: Bajo ● Mejor ● Alto ●

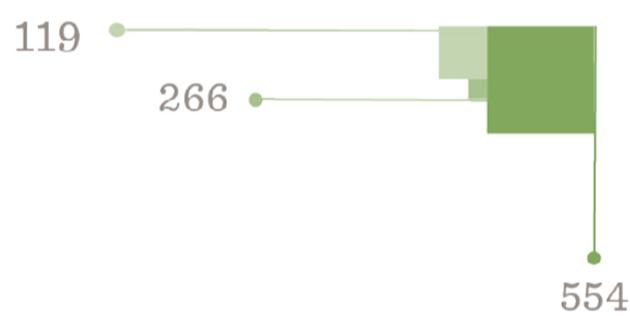
Norteamérica

Subtotales

Euros (billones)

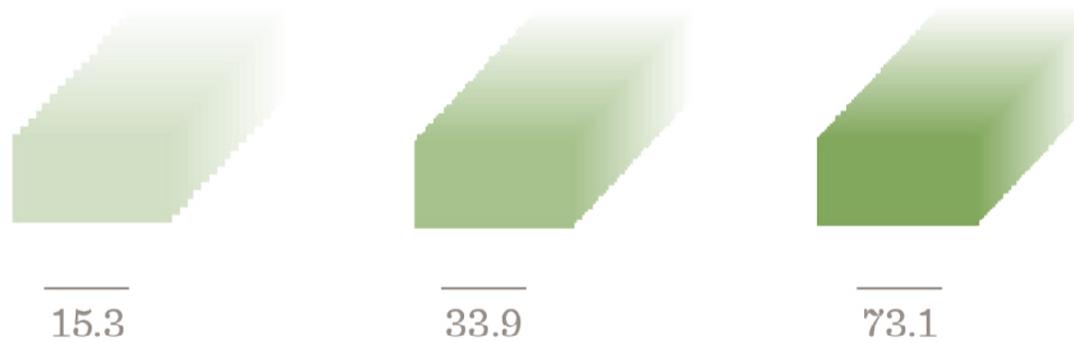


Toneladas métricas consumidas (TM)



Total

Euros (billones)



Instrumentos de política pública

Persecución

La prohibición de las drogas y la persecución a los participantes en el mercado tiene como efecto la elevación de precios en comparación a los que prevalecerían en un mercado legal. Sobre ese hecho, no hay mucho debate y la comparación con sustancias lícitas permite ilustrar el punto.

Por ejemplo, el precio al productor de tabaco se ubica en México en 30 pesos por kilo. En cambio, el precio al productor de marihuana se ubica entre 200 y 800 pesos por kilo, dependiendo de la calidad. No hay otra razón que no sea la prohibición para explicar un diferencial de precios tan amplio entre dos plantas con características similares.

La elevación de precios producida por la persecución tiene como efecto mantener el consumo por debajo de los niveles que prevalecerían en condiciones de legalidad. Ese es un beneficio no menor. Sin embargo, ese beneficio viene aparejado con costos muy severos. Entre otros:

- El aumento de precios genera incentivos para la entrada de nuevos participantes en el mercado, lo cual limita estructuralmente la eficacia del mecanismo (más oferta implica menores precios).
- El mercado residual opera en la ilegalidad y en consecuencia, no cuenta con mecanismos formales de resolución de disputas. Por tanto, los conflictos frecuentemente se resuelven por la vía de la violencia.
- La ilegalidad del mercado y el tamaño de la renta ilícita generan amplias oportunidades e incentivos para la corrupción
- La persecución en contra de los participantes en el mercado puede propiciar violaciones serias a los derechos humanos.
- Algunas formas de persecución pueden generar degradación ambiental por vía directa (p.e., aspersión aérea de cultivos ilícitos) o indirecta (desplazamiento de cultivos ilícitos hacia regiones ambientalmente frágiles)

En términos esquemáticos, los efectos de la persecución son mayores en los inicios de una epidemia de consumo (cuando es posible contener el fenómeno) que cuando ya existe un mercado maduro y bien asentado.

En ese segundo escenario, la persecución enfrenta beneficios marginales decrecientes: cada vez se requiere más recursos punitivos para obtener efectos cada vez menores sobre los precios.

En algún punto, los efectos pueden incluso ser negativos (por ejemplo, al multiplicarse la población carcelaria, puede crearse un amplio *pool* de mano de obra sin perspectivas de empleo en la economía lícita, lo cual tiende a reducir los costos laborales en los mercados de drogas).

Dados esos amplios efectos colaterales, han empezado a surgir voces que, sin optar por la legalización de las sustancias ilícitas, piden una política de persecución orientada a reducir los daños del tráfico ilícito y no el volumen de drogas traficadas.

Eso implica hacer un uso estratégico de los recursos del Estado para a) desincentivar la violencia, b) reducir la intensidad laboral y la extensión geográfica del tráfico de drogas y c) redireccionar los flujos de drogas hacia zonas y modalidades de tráfico con menor potencial de desestabilización.

Prevención

En materia de drogas, la prevención se define como el conjunto de prácticas diseñadas para evitar, mediante la educación y la persuasión, el consumo de sustancias y/o el desarrollo de problemas asociados con el abuso y la dependencia a las mismas. En términos esquemáticos, los programas de prevención buscan dotar a los individuos y las comunidades de información y aptitudes para hacer frente al fenómeno de las drogas.

Entre otras modalidades, la prevención incluye campañas masivas de información, programas de orientación a población escolar y programas de integración dirigidos a subconjuntos específicos de población (jóvenes, pandillas, población carcelaria, etc.).

La prevención es potencialmente un instrumento útil para reducir los problemas asociados con el consumo de drogas y el tamaño del mercado de sustancias ilícitas. Sin embargo, enfrenta dos problemas específicos:

- Los posibles efectos positivos de los programas de prevención son visibles sólo en el largo plazo. En el corto plazo, el impacto es marginal, cuando no inexistente
- Las evaluaciones sistemáticas de algunos de los principales programas de evaluación (por ejemplo, el programa DARE en Estados Unidos) arrojan resultados desalentadores. En muchos casos, la evidencia de eficacia es limitada y, en algunos casos, se han encontrado resultados contraproducentes (es decir, la implementación de un programa de prevención está asociada con un incremento del consumo o del uso problemático).

Algunas innovaciones recientes parecen ser más prometedoras. En particular, hay evidencia incipiente de que programas orientados a desarrollar aptitudes de vida (autocontrol, disciplina, etc.) arrojan mejores resultados que los programas directamente enfocados a prevenir el consumo de drogas.¹⁷ Asimismo, existe evidencia positiva sobre algunos programas orientados a informar sobre el consumo responsable de drogas y no a prevenir su uso.

17 Uno de los programas más prometedores es el llamado Juego del Buen Comportamiento (GBG por sus siglas en inglés). Se trata una estrategia, dirigida a estudiantes de primaria, fundada en el manejo de comportamiento basado en el trabajo en equipo, que ayuda a que los niños dominen las demandas más importantes del salón de clases, como el estar quietos, poner atención y completar el trabajo escolar. Los maestros trabajan con los estudiantes para definir las reglas del salón y los dividen en dos equipos. Una ronda del juego comienza cuando el maestro lo indica e inicia el cronómetro. Al terminarse el tiempo, el equipo con menos de cuatro infracciones gana. Todos los equipos pueden ganar dado que no compiten entre ellos. El objetivo es incorporar el buen comportamiento fomentado por el juego a las rutinas de los estudiantes. El impacto positivo del GBG se mantiene en la edad adulta temprana (19-21 años), con reducciones en las tasas de abuso y dependencia de drogas y alcohol, consumo de tabaco, desorden de personalidad antisocial, violencia y suicidio.

Tratamiento

En materia de drogas, el tratamiento se define como el conjunto de prácticas dirigidas a permitir a los individuos enfrentar un problema de abuso o dependencia a las sustancias. Entre otras modalidades, el tratamiento incluye diversas formas de psicoterapia (particularmente la terapia conductual), el uso de fármacos y las terapias de sustitución de sustancias.

En términos generales, el tratamiento es una estrategia efectiva para enfrentar el problema de las drogas. Así sea temporalmente, los usuarios sometidos a tratamiento pueden recuperar control sobre su comportamiento y reducir su consumo de drogas (en ese sentido, el acceso amplio al tratamiento puede potencialmente disminuir el tamaño del mercado ilegal de drogas).

Sin embargo, el tratamiento enfrenta también múltiples problemas:

- En la mayoría de los programas de tratamiento, la reincidencia de los usuarios tiende a ser muy elevada.
- Los programas eficaces de tratamiento tienden a ser costosos y altamente intensivos en mano de obra especializada. En consecuencia, resulta complejo ampliar su alcance.
- El tratamiento enfrenta no sólo problemas de oferta, sino también de demanda. En ausencia de coerción judicial, un buen número de usuarios dependientes no recurre al tratamiento, aun en condiciones de oferta suficiente.
- Algunas formas de tratamiento (los llamados anexos, por ejemplo) están asociadas a violaciones graves a los derechos humanos de los usuarios.

La eficacia del tratamiento depende también de la sustancia relevante. Por ejemplo, en el caso de la heroína, existe una batería de opiáceos sustitutos y protocolos bien definidos para terapias de sustitución. Existe evidencia amplia de que proporcionar opiáceos sustitutos (metadona, buprenorfina) a los usuarios dependientes a la heroína reduce el uso de la droga ilegal y la actividad criminal, disminuyendo considerablemente también los riesgos a la salud asociados al consumo ilegal de la sustancia (contagio por vía intravenosa de VIH o hepatitis C, por ejemplo).

En cambio, para los estimulantes (cocaína, sustancias de tipo anfetamínico, etc.) no existen terapias de sustitución. En consecuencia, la batería de intervenciones posibles es considerablemente más limitada y los resultados de los programas de tratamiento son mucho menos alentadores. Algunas innovaciones recientes muestran resultados prometedores.

En particular, los programas llamados de “abstinencia mandatada” han mostrado amplia eficacia en evaluaciones sistemáticas. En esos programas, la población usuaria sujeta a supervisión judicial es sometida a un régimen de pruebas toxicológicas continuas, con una sanción leve (24 horas de reclusión, por ejemplo) en caso de consumo.

En un programa pionero (conocido como Hawaii Opportunity Probation with Enforcement o H.O.P.E.), 85% de un grupo de usuarios dependientes a la metanfetamina se mantenía limpio seis meses después de iniciada la intervención. Otros programas similares han mostrado eficacia similar en diferentes contextos.

Reducción de daños

Las estrategias de reducción de daños asociados al consumo de drogas ilegales tiene como objeto disminuir los efectos negativos del uso de drogas, como la morbilidad, mortalidad y las consecuencias psicosociales adversas ligadas al consumo, a fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios de narcóticos. Está dirigida a mitigar tanto los efectos producidos por la propia naturaleza de las sustancias psicotrópicas, como las implicaciones sociales de dicho uso.

Surge del reconocimiento de la imposibilidad práctica de erradicar el uso de drogas. No pretende suprimir los tratamientos dirigidos a lograr la abstinencia del consumo, sino que se asume como un complemento a las estrategias de prevención y tratamiento.

En la década de los 80 se implementaron en Europa, Australia y América del Norte los primeros programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas ilegales. Las primeras intervenciones fueron en los Países Bajos en 1984, se dirigieron principalmente a programas de intercambio de jeringas.

Este programa se llevó a cabo por iniciativa de una organización de usuarios de drogas en respuesta a una epidemia de hepatitis C. Producto de lo anterior, a finales de los años 80, gobiernos de países como Reino Unido, Países Bajos, Australia y Alemania optaron por una política de reducción de daños asociados al consumo de drogas ilegales como estrategia de salud pública (ver ejemplos en anexo)

Debates

Algunos conceptos básicos

Prohibición. Marco legal predominante a nivel mundial, producto de la firma de tratados internacionales sobre drogas de la ONU que obligan a los Estados a legislar por medio de la imposición de penas a la producción, la oferta y el consumo de ciertas drogas, en busca de su proscripción. Dicho régimen criminaliza todas las actividades que van desde la producción hasta el consumo.

Despenalización: Marco legal que reduce la severidad de las penas impuestas a los que producen, ofertan o consumen drogas, sin eliminar su condición de delito. Un ejemplo de ello es la permuta de la pena de encarcelamiento por la imposición de asistir a un centro de tratamiento, o en los casos de primodelincuentes otorgarles una causal de exclusión.

Descriminalización: Contempla reformas legales que pueden dirigirse en dos vertientes: 1) sólo al consumidor o, 2) a todos aquellos involucrados desde la producción hasta el consumo de drogas ilegales, contemplando sus actos como ilícitos de carácter civil o administrativo y no penal.

Legalización/regulación: Marco legal que incorpora una regulación del mercado dependiendo del tipo de droga. Elimina la condición de ilícito de las actividades que van desde la producción hasta el consumo de drogas. En la mayoría de las modalidades implica establecer controles regulatorios que en caso de ser violados generarían responsabilidades de carácter civil, penal y administrativo.

Contornos generales del debate sobre drogas

1. Al reflexionar sobre el tema de las drogas ilegales, resulta útil pensar en dos tipos de costos: a) los costos asociados al consumo de drogas (impactos en el sistema de salud, muertes por sobredosis, pérdidas de productividad, etc.) y, b) los costos asociados al control de las drogas (gasto en seguridad, mercados negros, violencia, corrupción, pérdida de libertades, etc.). El costo total es la suma de ambos conceptos.
2. En cualquier régimen legal y regulatorio posible, ambos tipos de costos estarían presentes. Aún en condiciones de legalización amplísima, previsiblemente se mantendrían restricciones al consumo para los menores de edad o el uso en la vía pública o mientras se conduce un vehículo. Esas restricciones leves serían suficientes para imponer algunos costos de control (probablemente menores). Mientras más restricciones (o más impuestos) se pusieran, más costos de control habría.
3. Una discusión seria sobre política de drogas es por tanto un contraste entre diversas combinaciones de costos de consumo y costos de control, incluyendo en el análisis los beneficios que genere el consumo (euforia, sociabilidad, relajación, etc.) y el control (construcción institucional, investigación científica, etc.). Un proceso racional debería llevarnos a elegir la alternativa que produzca la mejor relación costo-beneficio.
4. El problema es que no existe información suficiente para hacer ese cálculo. En particular, faltan dos piezas clave: a) no sabemos cuánto caerían los precios en un régimen regulatorio distinto, y b) no conocemos el valor de las elasticidades relevantes. Es decir, no sabemos cuánto crecería el consumo de diversas drogas ilegales en respuesta a una caída significativa de precios. Puede ser poco, pero puede ser mucho. Existen diversos ejercicios de estimación de la elasticidad precio de algunas drogas (y de las elasticidades cruzadas con otras sustancias, como el alcohol), pero ninguno es concluyente.
5. Las experiencias de despenalización del consumo de algunas drogas (por ejemplo, Portugal) no resuelven el problema: la producción, la distribución y la comercialización siguen siendo ilegales y por tanto, no hay efecto sobre los precios. La experiencia de comercio controlado de marihuana en Holanda tampoco es suficiente: todo lo que sucede detrás del mostrador de un café en Amsterdam es ilegal. Los precios, por tanto, siguen siendo de mercado negro. La eliminación de la prohibición del alcohol en Estados Unidos ayuda un poco más, pero a) se trata de una sustancia distinta, y b) la información sobre el volumen consumido y los precios, antes y después de 1933, es parcial e incompleta (por ese motivo, algunos académicos utilizan una serie de muertes por cirrosis hepática para aproximar volúmenes).
6. Aun si contáramos con estimaciones sólidas de las elasticidades, un cálculo de costo-beneficio enfrentaría el problema severo de imputar precios a valores intangibles ¿Qué costo, si es que alguno, tiene la pérdida de autonomía personal producida por el consumo problemático de drogas? ¿Qué precio se le imputa a la pérdida de libertades que implica el control de las drogas ilegales? ¿Son equivalentes? Existen algunos procedimientos para resolver esas interrogantes, pero las dificultades metodológicas son gigantescas. Por otra parte, es necesario recordar que el contexto importa. La prohibición del alcohol produjo problemas muy serios de violencia y corrupción en Estados Unidos en los años 20 del siglo pasado. Lo mismo no sucede, por ejemplo, en los países musulmanes (Arabia Saudita, Kuwait, Emiratos Arabes Unidos, etc.) que a la

fecha la mantienen. De misma forma, un esquema regulatorio específico puede ser funcional en un país desarrollado, dotado de instituciones honestas y competentes, pero no en países en desarrollo con síntomas serios de fragilidad institucional. Esto implica que cualquier cambio regulatorio debe tomar en consideración el contexto político, económico, cultural, histórico e institucional en el que se piensa instrumentar.

7. En resumen, es posible que un régimen regulatorio alternativo (llámesele legalización o no) genere mejores resultados que la prohibición vigente. Es posible, pero no es seguro. Esa incertidumbre es una dificultad seria, considerando los problemas de reversibilidad de regímenes regulatorios. Una vez en existencia, un régimen regulatorio crea grupos de interés con un incentivo manifiesto en la preservación de las reglas vigentes. Cambiarlas puede resultar sumamente complejo, como lo demuestra la prohibición vigente.

8. Esto no debe leerse como una prescripción para la inmovilidad ni como una defensa del régimen vigente. Sin embargo, si es un llamado a proceder con cautela y modestia en un proceso de reforma. En materia de drogas, nada es fácil, nada es obvio, mucho es contraintuitivo y mucho más es incierto.

Y ese es el corazón del problema político de la legalización: en esencia, sus partidarios le están pidiendo a la población que dé un salto al vacío, en una decisión que difícilmente es reversible. Si mañana se legalizara la cocaína y el crecimiento del consumo fuera considerablemente mayor al anticipado, el costo de dar marcha atrás sería monumental: el número de usuarios dependientes sería significativamente más alto que antes de la legalización y, por tanto, los costos de control en una nueva prohibición serían mucho más elevados que en la posición original. Y además, se habría creado para entonces una industria legal que se activaría políticamente para preservar el nuevo statu quo.

El salto en el caso de la cannabis trae aparejado costos menores, que el de las drogas duras -cocaína, metanfetamina, heroína-, ya que éstas últimas son las que concentran la mayoría de los costos de control y consumo. Un cambio significativo en el régimen internacional de control es casi impensable en el corto o aún en el mediano plazo: una reciente encuesta en Estados Unidos ubicó debajo de 10 por ciento el respaldo a la legalización de la cocaína, la heroína y las metanfetaminas.

Anexos

Alcances de las convenciones sobre control de drogas

Global

| Evento | Alcances |
|---|---|
| Comisión del Opio de Shangai | Convocada por iniciativa de los Estados Unidos, al considerar que el problema del consumo recreativo del opio ya no podía ser tratado exclusivamente como un problema interno de cada nación. Se acordó adoptar medidas que permitieran la suspensión gradual del hábito de consumo de opio y terminar con el contrabando. |
| Convención Internacional del Opio | Prescribía que los países firmantes debían imponer controles y restricciones a la producción, la importación, la venta, la distribución y la exportación de opio, morfina, cocaína, heroína y sus derivados para fines terapéuticos y de investigación médica. Impuso la prohibición para fines lúdicos y recreativos de dichas sustancias. |
| Instalación del Comité Asesor sobre Tráfico de Opio y Otras Drogas Nocivas ¹⁸ | Tenía atribuciones de órgano normativo de fiscalización, función que actualmente ejerce el Comité de Estupefacientes de las Naciones Unidas |
| Segunda Conferencia del Opio | Se realizaron adhesiones a la Convención Internacional del Opio los siguientes efectos: Se integra la prohibición de la cannabis formalmente a los esfuerzos internacionales. Se creó el Comité Central Permanente del Opio para: <ul style="list-style-type: none"> • Llevar un control estadístico de las cantidades importadas de las sustancias sujetas a fiscalización por la Convención para usos científicos y medicinales, de la producción de opio y hoja de coca, de las reservas de las sustancias a las que se refiere la Convención, de la prevalencia del consumo de las mismas y de las cantidades confiscadas por los Estados. • Determinar las cantidades requeridas por cada Nación, para cubrir sus necesidades de uso con fines médicos y científicos. • Vigilar el movimiento del mercado internacional, con el fin de detectar la acumulación excesiva de las sustancias, a fin de denunciarlo ante el Secretario General de la Sociedad de Naciones. • Solicitar explicación a los Estados sobre la acumulación excesiva de las sustancias bajo su vigilancia, a través del Secretario General de la Sociedad de Naciones. Si la respuesta no le era satisfactoria podía llegar a recomendar que no se realizara ninguna nueva exportación, hasta en tanto no obtuviera todas las seguridades para el control de las sustancias. |
| Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas | Primer instrumento internacional que tipifica como delitos internacionales la fabricación, transformación, extracción, preparación, oferta, posesión, venta, distribución, compra, corretaje, tráfico, importación y exportación de estupefacientes, realizadas violentando la normativa internacional. Asimismo, obligaba a los países miembros tipificar dichas conductas en su legislación interna. |
| Convención Internacional sobre Fabricación y Reglamentación de la Distribución de Estupefacientes | Reglamenta la fabricación y distribución de estupefacientes, y limita la oferta de los mismos en cada Nación permitiendo que sólo tuvieran las cantidades necesarias para cubrir sus requerimientos médicos y científicos. |
| Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas | Primer instrumento internacional que tipifica como delitos internacionales la fabricación, transformación, extracción, preparación, oferta, posesión, venta, distribución, compra, corretaje, tráfico, importación y exportación de estupefacientes, violentando la normativa internacional. Asimismo, obligaba a los países miembros tipificar dichas conductas en su legislación interna. |
| Convención Única sobre Estupefacientes | Piedra angular del régimen de fiscalización internacional. Clasifica a las drogas en cuatro listas y a cada una le otorga un nivel de control distinto. Las listas I y IV son las que tienen un control más estricto, constituidas primordialmente por sustancias orgánicas, entre las que se encuentran el opio, la coca y la cannabis, así como sus derivados. Asimismo, prevé el procedimiento a seguir para modificar las listas de estupefacientes. Obliga a los países signatarios crear leyes punitivas, respecto al cultivo, producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, oferta, comercialización, distribución, compra, venta, posesión, corretaje, tránsito, transporte, importación y exportación de las sustancias contenidas en las listas, admitiendo sólo como limitante lo prescrito en sus Constituciones. Creó dos órganos de fiscalización: la Comisión de Estupefacientes, dependiente del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ¹⁹ y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JJIFE]. ²⁰ |
| Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas | Establece un sistema de fiscalización para sustancias psicotrópicas, basado en cuatro listas, en la que se incluyen anfetaminas, barbitúricos, precursores, hipnóticos y estimulantes. Asimismo, crea mecanismos para asegurar la disponibilidad de psicotrópicos para fines médicos y científicos e impedir su desviación a mercados ilegales. |
| Revisión de la Convención Única sobre Estupefacientes | Obliga a los Estados Parte a prestar servicios adecuados de prevención del uso indebido de estupefacientes, así como de tratamiento, rehabilitación y readaptación social de usuarios de dichas sustancias. |

| | |
|---|---|
| Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas | Promueve la cooperación entre los Estados Parte para: a) hacer frente al tráfico ilícito internacional de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, b) implementar medidas relacionadas con el control de activos financieros relacionados al comercio ilegal de dichas drogas, entre las que se encuentran la localización, el embargo preventivo y la confiscación de ingresos y propiedades producto del tráfico. Refuerza la obligación de los Estados Miembros de tipificar como delitos determinadas actividades relacionadas con la producción, posesión y tráfico ilícito de drogas. Fortaleció el régimen de control de precursores químicos y estableció disposiciones en materia de extradición y ejecución de trámites procesales en materia penal. |
| Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) | Coordina y dirige las actividades de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de drogas. También, fomenta la cooperación internacional con miras a lograr una mejor fiscalización e intensificación de los esfuerzos encaminados a erradicar los cultivos ilícitos. |
| Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito | Órgano rector para el combate contra las drogas ilícitas y el crimen organizado. Actualmente, también proporciona asistencia técnica y legal en materia de terrorismo. |
| Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas [UNGASS] | Estableció una nueva agenda para la comunidad internacional: lograr una reducción sustancial de la oferta y de la demanda de drogas, así como la cooperación internacional para 2008. |
| Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional | Establece medidas para: a) la penalización de la participación en grupos delictivos organizados, b) el combate del lavado de activos, c) la asistencia a víctimas y testigos y, d) la asistencia judicial recíproca, la extradición y la cooperación internacional. |
| Revisión de los logros comprometidos en UNGASS del Comité de Estupefacientes | Concluyó que no se lograron plenamente los objetivos y metas comprometidos; sin embargo, se estabilizó la producción, tráfico y consumo de drogas. Se acordó renovar los compromisos de UNGASS de 1998, con el objeto de reducir de forma significativa la disponibilidad y el uso de drogas para 2019. |
| Propuesta de modificación a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes del Gobierno de Bolivia | Enmienda al inciso 1, apartado c) y inciso 2, apartado e) del Artículo 49 de la Convención que pretendía lograr la eliminación de la prohibición para masticar la hoja de coca, sin que ello implicara la modificación del sistema mundial de fiscalización al que está sometido el cultivo de la hoja de coca y la cocaína. |
| Reserva del Gobierno de Bolivia a la Convención Única de Estupefacientes | Las Naciones Unidas aceptan la reserva del Gobierno de Bolivia, por lo que se permite masticar hojas de coca dentro del territorio boliviano. |

México

| Evento | Alcances |
|---|--|
| Disposiciones sobre el cultivo y comercio de productos que degeneran la raza -1920- | <p>Establece que el cultivo y la comercialización de la adormidera, sus productos y derivados podían sólo realizarla quien tuviera permiso de la autoridad sanitaria.</p> <p>Prohíbe el cultivo y la comercialización de la marihuana²¹.</p> |
| Decreto que prohíbe la importación de drogas heroicas | <p>Prescribía que sólo el Departamento de Salubridad Pública tendría la facultad de importar opio, cocaína y morfina, así como las sales y los derivados de dichas drogas, tipificando la contravención a lo anterior como contrabando.</p> <p>Detrás del decreto se encontraba la necesidad de congeniar con la política antinarcóticos del gobierno de los Estados Unidos.</p> |
| Decreto que fija las bases bajo las cuales se permite la importación de opio, morfina, cocaína, etc | <p>Prescribía que el Departamento de Salubridad Pública era la instancia encargada para otorgar los permisos a aquellos que se solicitarán la importación de cocaína, morfina, opio y adormideras en sus múltiples presentaciones, quedando prohibida la internación en territorio nacional de opio para fumar, de marihuana en cualquiera de sus presentaciones y de heroína, sus sales y derivados. Asimismo, listaba las cantidades de las sustancias que podían ser importadas sin permiso del Departamento, pero mediando registro aduanal, siempre y cuando fueran internadas al territorio por las aduanas de Nogales, Laredo, Veracruz, Progreso, La Paz y Mazatlán.</p> |
| Disposición del Departamento de Salubridad Pública sobre registro de narcóticos | <p>Disponía que las farmacias, droguerías y boticas debían llevar un registro de narcóticos en el cual asentaran las recetas expedidas para drogas heroicas, además de que tenían que darle a los pacientes copia de mismas para que pudieran mostrarla a su médico.</p> |
| Código Penal Federal de 1929 | <p>En el apartado denominado "Delitos contra la Salud" prescribía penas para los cultivadores y productores de drogas que no contaran con lo requisitos establecidos en las disposiciones sanitarias.</p> |
| Convenio de cooperación con Estados Unidos sobre control y vigilancia del tráfico ilícito de drogas | <p>Se centraba en el intercambio de información entre los dos países sobre el tráfico y contrabando de drogas.</p> |
| Código Penal Federal de 1931 | <p>Publicado en el Diario Oficial el 14 de agosto de 1931.</p> <p>En su Título Séptimo denominado "los delitos contra la salud, tipifica de forma exclusiva los relacionados con drogas.</p> <p>Dichos ilícitos pasan a ser competencia del orden federal.</p> <p>Contempla agravantes de las penas en aquellos casos que sean cometidos por médicos, boticarios, droguistas y farmacéuticos.</p> |
| Reglamento Federal de Toxicomanía de 1931 | <p>Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de octubre de 1931.</p> <p>Tipificaba como ilícito la toxicomanía y señalaba que los médicos tenían la obligación de dar aviso a las autoridades sanitarias sobre aquellos casos confirmados o sospechosos de toxicomanía.</p> <p>Establecía una especie de tratamiento mandado, ya que establecía como sanción la remisión a los hospitales para toxicómanos a cargo del Departamento de Salubridad Pública.</p> <p>A partir de este Reglamento la toxicomanía comenzó a ser vista desde el ámbito penal como un delito contra la salud.</p> |

| | |
|--|---|
| Reglamento Federal de Toxicomanía de 1940 | <p>Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 1940.</p> <p>En sus exposición de motivos se que los toxicómanos eran enfermos, no delincuentes y debía tratárseles como la ciencia médica aconsejaba, debiendo asegurarse que los consumidores obtuvieran las sustancias que consumían dentro de canales legales. Asimismo, indicaba que quienes cometían un delito grave eran los traficantes.</p> <p>Preveía que el Estado suministraría a los toxicómanos, a través de dispensarios, las sustancias narcóticas cuando éstos contaran con el formulario de las autoridades sanitarias y hubieran realizado el pago por las mismas.</p> <p>El gobierno de los Estados Unidos reaccionó decretando un embargo a México para drogas medicinales.</p> |
| Decreto por el cual se suspende la vigencia del Reglamento Federal de Toxicomanía | <p>Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 1940.</p> <p>Se dicta bajo el argumento de que la Segunda Guerra había dificultado la adquisición de drogas, ya que el Departamento de Salubridad Pública las adquiriría de laboratorios europeos.</p> |
| Reforma al Código Penal Federal de 1947 | <p>Publicada en el Diario Oficial el 14 de noviembre de 1947.</p> <p>Añadió a los delitos contra la salud los tipos penales de tenencia y de publicidad de enervantes, además previó como agravante de la pena la inducción a las drogas de menores de edad e incapacitados.</p> |
| Reforma al Código Penal Federal de 1968 | <p>Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de marzo de 1968.</p> <p>Las modificaciones más relevantes fueron la eliminación del beneficio de libertad preparatoria para los delitos contra la salud y el establecimiento de la exclusión del delito de posesión para aquellos toxicómanos que tengan estupefacientes en tal cantidad que sea necesaria para su consumo inmediato.</p> |
| Operación Coordinación | <p>Con su implementación se concluyó el conflicto generado entre México y Estados Unidos por la Operación Intercepción. Se centró en programas de: a) erradicación intensiva de cosechas de amapola y marihuana en México, por medio de sustancias químicas e, b) incautación de enervantes en la frontera.</p> <p>El Secretario de Estado de los Estados Unidos William O. Roger, señaló que gracias a la cooperación entre ambas naciones se había reducido el tráfico de drogas ilícitas.</p> |
| Operación Cóndor | <p>Constituye la primera estrategia antidrogas en México dirigida por militares con participación de la Procuraduría General de la República.</p> <p>Consistió en la implementación de programas permanentes de erradicación de cultivos de marihuana y amapola en Sinaloa, Durango y Chihuahua, en la cual se utilizaron herbicidas que dañan la ecología como Paraquat.²²</p> <p>Participaron aproximadamente 10,000 soldados.</p> <p>Se calcula que su implementación redujo la participación de México en el mercado estadounidense del 70 al 10 % a principio de los años 80.</p> |
| Reforma al Código Penal de 1978 | <p>Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de diciembre de 1978.</p> <p>Sustituye el término de toxicómano por el de adicto.</p> <p>Se establece como causal de exclusión de la pena la posesión de drogas ilegales en cantidades estrictamente necesarias para el consumo inmediato personal del adicto.</p> <p>Introdujo diversos tipos penales para sancionar con mayor severidad los delitos cometidos por servidores públicos encargados de vigilar, prevenir o reprimir el tráfico de drogas.</p> |

| | |
|---|--|
| Reformas al Código Penal de 1989 | <p>Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1989.</p> <p>Estableció una causal de reducción de la pena para el que siembre, cultive o coseche marihuana, cuando el que lo realiza se dedica a las labores propias del campo y presenta atraso cultural, aislamiento social y necesidad extrema.</p> <p>Incrementó las penas relativas a los delitos contra la salud y diferenció tipos penales para conductas relacionadas con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo, venta, importación, exportación de estupefacientes y psicotrópicos.</p> |
| Reformas al Código Penal de 1994 | <p>Publicada el 10 de enero de 1994 en el Diario Oficial de la Federación.</p> <p>Reformó por completo el capítulo relativo a los delitos contra la salud. Sustituyó el término de estupefacientes y psicotrópicos por el de narcóticos.</p> <p>Establece como condiciones especiales para individualizar la penal o medida de seguridad la cantidad y especie de narcótico, así como la lesión o puesta en riesgo a la salud pública por el narcótico.</p> <p>Asimismo señala que los narcóticos decomisados por la comisión de un delito tendrán que ser puestos a disposición de la autoridad sanitaria federal, los que podrán disponer de su aprovechamiento lícito o su destrucción.</p> <p>Se elevan las penas para los delitos relacionados con la producción, el transporte, el tráfico, el comercio, suministro y propaganda de narcóticos.</p> <p>Se establece un tipo penal específico para el que aporte recursos o colabore de cualquier forma en el financiamiento, supervisión o fomento de los delitos contra la salud.</p> <p>Establece como causales de exclusión de pena las siguientes:</p> <p>Encontrarse por una sola ocasión en posesión de algún narcótico no siendo farmacodependiente en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal.</p> <p>Encontrarse en posesión de medicamentos cuya venta al público se encuentre sujeta a requisitos especiales, cuando por su naturaleza y cantidad sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.</p> <p>Poseer siendo farmacodependiente de algún narcótico para su estricto consumo personal. Estos casos el Ministerio Público tenía que hacerlos del conocimiento de la autoridad sanitario.</p> <p>Por otra parte, señalaba que todo farmacodependiente procesado o sentenciado debía quedar sujeto a tratamiento.</p> |
| Ley Federal contra la Delincuencia Organizada 1996 | <p>Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de noviembre de 1996.</p> <p>Dicha Ley elevó las penas para cualquier delito que se consideraba cometido en asociación delictuosa, además de que estableció la figura del arraigo, incorporada a nivel constitucional hasta 2008.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 2008</p> | <p>Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2008.</p> <p>La reforma tuvo como ejes centrales: a) la adaptación del proceso penal aplicable a los delitos ordinarios o del fuero común a las exigencias de un Estado de Derecho Democrático y b) la ampliación de las restricciones de las garantías procesales en aquellos casos relacionados con la delincuencia organizada.</p> <p>Las modificaciones más relevantes de la reforma fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación de un nuevo proceso penal de corte acusatorio y con preponderancia a oral. 2. Introducción de principios procesales modernos y democráticos, entre los que se encuentran los siguientes: a) principio de publicidad²³, b) principio de inmediación²⁴, c) principio de contradicción²⁵, d) principio de concentración²⁶, e) principio de continuidad²⁷, f) principio de la verdad histórica²⁸, g) principio de imparcialidad. 3. Nulidad de la prueba obtenida de forma ilícita. 4. Descenso de los estándares probatorios para girar ordenes de aprehensión. Con la reforma se requiere probar la existencia de un delito y la probable responsabilidad del indiciado. 5. Mayor definición en los derechos del acusado o imputado, destacando los que a continuación se indican: a) presunción de inocencia²⁹; b) todo inculcado desde el momento de su detención y después ante el juez se le informará sobre el delito que se le acusa y cuáles son sus derechos; c) derecho a guardar silencio, sin que éste pueda ser interpretado en su contra; d) derecho de ofrecimiento de pruebas, así como del auxilio necesario para desarrollarlas; e) derecho a la información³⁰; f) derecho a que el juicio penal se desarrolle en un plazo razonable para el juicio, máximo cuatro meses cuando se trata de delitos cuya pena máxima no exceda de dos años y un año si excede de ese tiempo; g) limitaciones para la prisión preventiva³¹ y h) derecho a la debida defensa, realizada por abogado titulado. 6. Aumento de los derechos del ofendido y de las víctimas, siendo los más relevantes el de a) recibir asesoría jurídica e información respecto a sus derechos y del desarrollo del proceso penal; b) coadyuvar con el Ministerio Público, intervenir en el juicio e interponer recursos legales; c) recibir atención médica y psicológica; d) recibir la reparación del daño; e) resguardo de su identidad y de sus datos personales, en caso en los que pueda peligrar su vida o integridad física y, f) impugnar ante la autoridad judicial las resoluciones de reserva, no ejercicio y desistimiento de la acción penal, así como suspensión del procedimiento u omisiones del Ministerio Público en la investigación de delitos. 7. Incorporación de la figura de jueces de control y de sentencia. 8. Adopción de mecanismos alternos para la solución de controversias, en delitos ordinarios o del orden federal en los que el inculcado reconozca su culpa. 9. Fortalecimiento al sistema de defensoría pública. 10. La prisión preventiva se limita para los casos en que otras medidas cautelares o de prevención no sean suficientes para garantizar que el acusado se presente a las audiencias, para proteger a la víctima, a los testigos o a la comunidad, cuando se trate de un delincuente que se encuentre en proceso o haya sido sentenciado antes por haber cometido un delito doloso, o cuando se trate de violación, secuestro o delitos violentos cometidos con armas. 11. Delimita conceptualmente el término seguridad pública al definirlo como la función a cargo de la Federación, el Distrito Federal, los Estados y los Municipios, que comprende la prevención de los delitos; la investigación y persecución para hacerla efectiva, así como la sanción de las infracciones administrativas. 12. Define los principios por lo que han de regirse los miembros de las instituciones de seguridad pública, a saber: a) legalidad, b) objetividad, c) eficiencia, d) profesionalismo, e) honradez y f) respeto a los derechos humanos. 13. Conformar el Sistema Nacional de Seguridad Pública, el cual estará integrado por el Ministerio Público y las instituciones policiales de los tres órdenes de gobierno. Asimismo establece las bases mínimas del sistema. |
| <p>Expedición de la Ley General de Sistema Nacional de Seguridad Pública 2009</p> | <p>El 2 de enero de 2009 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública.</p> <p>El Objeto de la Ley es regular la integración, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Seguridad Pública, así como establecer la distribución de competencias y las bases de coordinación entre la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, en esta materia.</p> |
| <p>Reforma a la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada</p> | <p>Se publica en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2009.</p> <p>La reforma tuvo como objetivo alinear la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada a la reforma constitucional de 2008, principalmente en las siguientes instituciones: a) definición de delincuencia organizada, b) testigos protegidos, c) extinción de dominio y d) prevención de lavado de dinero.</p> |

Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales de 2009

Se le denomina comúnmente como reforma de narcomenudeo.

En ella se realizaron adiciones al Capítulo VII del Título Décimo Octavo de la Ley General de Salud, con el fin de establecer los delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo, es decir, diferencia el narcotráfico a gran escala, competencia de exclusiva del gobierno federal y de la venta al menudeo, de competencia concurrente entre la federación y los gobiernos locales.

A partir de la reforma le corresponde tanto al Ejecutivo federal y como a los gobiernos de las entidades federativas la prevención y el combate de la posesión, comercio y suministro de narcóticos. La competencia de estos dos órdenes de gobierno se encuentra determinada, por medio de la multiplicación por mil de las cantidades señaladas en una tabla de porciones contenida en el artículo 478 de la Ley General de Salud., al señalar que la federación debe compartir con las entidades federativas las competencias de procurar e impartir justicia en los casos de posesión, comercio y suministro de hasta mil veces las cantidades establecidas en la tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato.

| Narcótico | Dosis máxima de consumo personal e inmediato | |
|--|--|--|
| Opio | 2 gr. | |
| Diacetilmorfina o heroína | 50 mg. | |
| Cannabis sativa, índica o marihuana | 5 gr. | |
| Cocaína (incluyendo crack) | 500 mg. | |
| Lisergida (LSD) | 0.015 mg. | |
| MDA, Metilendioxi-anfetamina | Polvo granulado o cristal | Tabletas o cápsulas |
| | 40 mg. | Una unidad con peso no mayor a 200 mg. |
| MDMA, dl-34.metilendioxi-n-dimetilfeniletamina | 40 mg. | Una unidad con peso no mayor a 200 mg. |
| Metanfetamina | 40 mg. | Una unidad con peso no mayor a 200 mg. |

Síntesis de los puntos relevantes de la reforma:

Concurrencia en la procuración e impartición de justicia en materia de narcomenudeo.

Distinción entre consumidores, "narcomenudistas" y traficantes mayoristas según la cantidad de drogas en posesión.

Consumidores sorprendidos hasta en dos ocasiones, en posesión de cantidades de drogas menores a las establecidas en la tabla, gozan del beneficio no ser sancionados penalmente. Sólo serían acreedores a una recomendación para someterse a tratamiento. A partir de la tercera reincidencia el sometimiento a tratamiento será obligatorio.

Estados Unidos

| Evento | Alcances |
|--|--|
| Federal Food and Drugs Act | <p>Fue promulgada el 30 de junio de 1906. Constituye la primera ley que reguló alimentos y medicinas, limitando su comercio interestatal.</p> <p>Tenía como objetivo evitar la venta de alimentos o medicamentos adulterados, así como establecer normas y especificaciones para el etiquetado de los mismos. Prescribió que el etiquetado debía de señalar los productos peligrosos que contuvieran los medicamentos, entre los que consideró al alcohol, la morfina, el opio y la marihuana.</p> <p>Reconoció a la Farmacopea y al Formulario Nacional como autoridades para el establecimiento de los estándares en los medicamentos. Establece una lista de</p> <p>Dicha ley creó el Bureau of Chemistry del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, renombrado en 1930 como el Food and Drug Administration.</p> |
| Harrison Narcotics Tax Act | <p>Fue aprobada el 14 de diciembre de 1912.</p> <p>El objeto de la ley era regular y gravar la producción, la importación y la distribución de los productos de la amapola y de las hojas de coca.</p> <p>Prohibió el consumo de opio, morfina, heroína y cocaína sin receta médica.</p> <p>Además, preveía el registro de colectores de rentas internas e imponía un impuesto especial a todas aquellas personas que produjeran, importaran, fabricaran, manufacturaran, produjeran, distribuyeran o vendieran opio o coca sus derivados y sales.</p> |
| National Prohibition Act también denominada Volstead Act | <p>Promulgada 28 de octubre de 1919.</p> <p>Prohibía la fabricación, producción, tráfico, distribución, comercialización, importación, exportación, entrega y consumo de alcohol que contuviera una concentración mayor al 0.5%.</p> |
| Narcotic Drugs Import and Export Act también llamada Jones-Miller Act | <p>Limitó la importación y el uso de opio y otros estupefacientes a fines médicos.</p> <p>Estableció la Federal Narcotics Control Board, para supervisar la importación y exportación de opiáceos y otras drogas como la cocaína.</p> |
| Heroin Act | <p>Criminalizó la manufactura y la posesión de heroína, incluso la de uso medicinal.</p> |
| Porter Narcotic Farm Act | <p>Promulgada el 19 de enero de 1929.</p> <p>Prescribía la creación de los dos primeros centros de reclusión y tratamiento para adictos a drogas. El primero fue creado en 1935 en Lexington, Kentucky y recibió a presos del este del Río Mississippi. El segundo abrió sus puertas en 1938.</p> <p>Los centros eran operados por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y funcionaban como instituciones híbridas, debido a su doble propósito: encarcelamiento y rehabilitación de adictos.</p> |
| Marijuana Tax Act | <p>La legislación tenía como objetivo aparente imponer una tasa impositiva (timbre con valor aproximado de un dólar) a los compradores, vendedores, importadores, exportadores, agricultores, médicos, veterinarios y demás involucrados en el mercado de marihuana. Sin embargo, establecía sanciones desproporcionadas (hasta 5 años de prisión y multa de hasta 2,000 dólares por no contar con el número suficiente de timbres por la cantidad comercializada o poseída de marihuana).</p> <p>La ley otorgaba amplias facultades de vigilancia, control, reglamentación y persecución al Departamento de Tesoro, a través de la Oficina Federal de Narcóticos. La imposición de esos controles por parte de la Oficina Federal de Narcóticos terminó por hacer prácticamente ilegal el mercado del cáñamo, a pesar de no existir una prohibición formal.</p> |

| | |
|--|---|
| Food, Drug and Cosmetic Act | <p>Expedida el 25 de junio de 1938. Dicha Ley le otorgó a la Food and Drug Administration [FDA] la facultad para supervisar la seguridad de los alimentos, medicamentos y cosméticos.</p> <p>Asimismo, estableció la obligación de que en el etiquetado se incluyeran las indicaciones necesarias para el uso seguro de medicamentos, así como el requisito de que las farmacéuticas previo a la comercialización de un medicamento probaran ante FDA la seguridad del mismo.</p> <p>Por otra parte, señala los medicamentos que para su venta se requiere de receta médica.</p> |
| Opium Poppy Control Act | <p>Expedida el 12 de diciembre de 1942.</p> <p>Permitía la producción de adormidera para cubrir las necesidades médicas y científicas cuando se contara con licencia.</p> |
| Durham-Humphrey Amendment | <p>Emitida el 26 de octubre de 1951.</p> <p>Define dos categorías de medicamentos:</p> <p>Los crean hábito o son potencialmente dañinos, que requieren receta médica para su venta y sólo pueden ser utilizados bajo supervisión médica. Dichos medicamentos deben llevar la leyenda que señale que su venta requiere de receta emitida por profesional de la salud autorizado.</p> <p>Los considerado seguros o libres, que pueden ser adquiridos o utilizados sin receta médica.</p> |
| Boggs Amendment to the Harrison Narcotic Act | <p>Establece penas máximas y mínimas para los delitos relacionados con narcóticos.</p> |
| Narcotics Control Act | <p>Aprobada el 18 de julio de 1956. Con esta Ley se trataba de reforzar la aplicación de las leyes existentes en materia de tráfico de drogas.</p> <p>Aumentó las multas y penas mínimas y máximas establecidas en para delitos relacionados con narcóticos e introdujo la pena de muerte para determinados delitos relacionados con drogas.</p> |
| Drug Abuse Control Amendments | <p>Aprobada el 15 de julio de 1965.</p> <p>Enmienda la Food, Drug and Cosmetic Act, con el objeto de hacer frente a los problemas causados por el abuso de sedantes, estimulantes y alucinógenos, por lo que permitió que el Secretario de Salud, Educación y Bienestar designara ciertos estimulantes, depresivos y alucinógenos como drogas controladas, por lo que para su venta y distribución se requería de licencia.</p> |
| Narcotic Addict Rehabilitation Act | <p>Permite que el sistema de justicia penal imponga como sanción el tratamiento mandado como alternativa a la cárcel para los dependientes de drogas.</p> |
| DACA Amendments | <p>Fusionó el Bureau of Narcotics [responsable del control de drogas como la marihuana y la heroína] y el Bureau of Drug Abuse Control [responsable de la manipulación de alucinógenos, depresivos y estimulantes], para crear el Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs.</p> |
| Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act | <p>Representa un cambio radical e innovador en la forma en que se regulaba el control de drogas en Estados Unidos, pretendía unificar las leyes sobre la producción, fabricación y distribución de narcóticos, estimulantes, depresivos, alucinógenos, esteroides y los precursores químicos utilizados en la fabricación ilícita de sustancias controladas.</p> <p>Establece un sistema de listas que clasifica las drogas por su valor medicinal, nocividad y potencial adictivo. La lista I se reserva para las sustancias que no tienen uso medicinal reconocido, mientras que la Lista V es para las drogas menos peligrosas y por tanto sujetas a un menor control.</p> <p>Establece que el procedimiento para modificar las listas de control de drogas.</p> <p>Obliga a las farmacéuticas a llevar un control y registro estricto sobre medicamentos.</p> |
| Controlled Substance Act | <p>Fue promulgada por el Congreso de los Estados Unidos, para formar del segundo Título II de la Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act.</p> |

| | |
|---|--|
| Controlled Substances Import and Export Act | <p>Tiene como propósito regular la importación y exportación de las sustancias controladas de las cinco listas de la Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act.</p> <p>Establece que dichas sustancias pueden ser importadas y exportadas para sus usos reconocidos, ya sean médicos o científicos, siempre y cuando los que realicen dichos actos se encuentren inscritos en el padrón de la DEA y cuenten con la aprobación correspondiente para cada acto y den la notificación una vez que lo han realizado.</p> |
| Drug Abuse Office and Treatment Act | Establece programas de financiamiento federal para la prevención y el tratamiento del consumo de drogas. |
| Methadone Control Act | Estableció la creación, con fondos federales, de clínicas de metadona para el tratamiento dependientes a opiáceos; sí como directrices reguladoras para la concesión de licencias para la dispensación de metadona para su uso en terapias de sustitución. |
| Heroin Trafficking Act | <p>Proponía aumentar las penas por tráfico y posesión de morfina y heroína.</p> <p>La propuesta no fue aprobada ni implementada.</p> |
| Drug Abuse Prevention Treatment, and Rehabilitation Amendments | <p>Extiende los programas de educación, prevención y tratamiento en materia de abuso de drogas.</p> <p>Decretó se otorgaran subvenciones a los estados para ayudar a conseguir la reducción del abuso de drogas.</p> |
| Drug Offenders Act | Amplía los programa especiales de tratamiento para delincuentes. |
| Dangerous Drug Diversion Control Act | <p>Fue resultado de una revisión a las normas Controlled Substances Act y Controlled Substances Import and Export Act.</p> <p>Establece controles para evitar el desvío de medicamentos recetados al mercado negro, así como el uso indebido de drogas diseñadas por compañías farmacéuticas.</p> |
| National Narcotics Act | Creó la National Drug Enforcement Policy Board, la cual estuvo encargada de la política nacional de drogas. En 1988 fue sustituida por la Office of National Drug Control Policy. |
| Analogue (Designer Drug) Act | Prohibió la fabricación, venta y posesión de productos químicos similares farmacológicamente a los contenidos en las listas I y II de la Controlled Substances Act. |
| Anti-Drug Abuse Act | <p>Aumenta el carácter restrictivo de las leyes antidrogas de los Estados Unidos, mediante el establecimiento de disposiciones encaminadas a eliminar el uso de drogas como lo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Facultar al Presidente para el aumento de impuestos a bienes importados de países que considere no cooperan en la reducción de la producción y tráfico de drogas. - Confiscación de bienes de las personas que resulten vinculada a delitos de tráfico de drogas. - Mecanismos para la detección de lavado de dinero. |
| Anti-Drug Abuse Amendment Act | <p>Suscrita por el presidente Ronald Reagan el 18 de noviembre de 1988. Modificó la Anti-Drug Abuse Act de 1986.</p> <p>Creó la Office of National Drug Control Policy, la cual estaría encargada de elaborar e implementar una estrategia nacional para reducir el consumo y la disponibilidad de las drogas; así como para certificar el correcto empleo del presupuesto destinado para este fin.</p> <p>Prescribió la obligación de contar con instrumentos de rendición de cuentas en la aplicación de los programas de viviendas públicas sin drogas y establecimientos de trabajo libres de drogas.</p> <p>Estableció "cláusulas de conspiración" que permiten someter a procesos penales a aquellas personas con participación indirecta en las transacciones de drogas.</p> <p>Dispuso sanciones civiles para aquellos consumidores que poseyeran cantidades que hicieran presumible que su destino era su consumo personal.</p> |

| | |
|---|--|
| Omnibus Drug Abuse Act | <p>Fue signada el 18 de noviembre de 1988.</p> <p>Estableció que la Office of National Drug Control estaría adscrita a la Oficina Ejecutiva del Presidente [Executive Office of the President] y tendría entre sus facultades primordiales la elaboración de políticas públicas nacionales y el establecimiento de las metas de los programas nacionales de control de drogas.</p> <p>Dicha Oficina era la instancia encargada de proporcionar fondos para el tratamiento de abuso de sustancias y programas de prevención; recursos que canalizaba por medio del National Institute on Drug Abuse. Asimismo, podía autorizar el financiamiento de leyes federales y estatales y de agencias locales para ayudar a la detención de traficantes de drogas y la erradicación de drogas ilícitas.</p> |
| Comprehensive Methamphetamine Control Act | <p>Firmada el 13 de octubre de 1996 por el entonces Presidente de los Estados Unidos, Bill Clinton.</p> <p>Pretendía prevenir la fabricación ilegal y el uso de metanfetaminas, estableciendo medidas para la controlar la venta e importación de insumos y precursores químicos necesarios para su producción.</p> |
| Proposición 215 de California en 1996 | <p>La proposición 215 fue promulgada el 5 de noviembre de 1996.</p> <p>Cancela las penas criminales por el uso posesión y cultivo de marihuana para pacientes que cuenten con recomendaciones médica escrita u oral, en la que se indique que su padecimiento podría disminuir con el uso médico de la marihuana.</p> |
| Ecstasy Anti-Proliferation Act | <p>Expedida para combatir el tráfico, la distribución y el uso de éxtasis y drogas similares, ante el aumento considerable de usuarios.</p> <p>Aumentó las penas y modificó las pautas federales para sentencias por posesión con intención de venta y tráfico de éxtasis, al reducir las cantidades señaladas para presumir que eran para consumo personal.</p> |
| Proposición 36 de California en 2000 | <p>Permite aquéllos condenados, hasta por dos ocasiones, por delitos no violentos de posesión de drogas, puedan gozar del beneficio de libertad condicional siempre y cuando participen en programas de tratamiento y certificación de drogas.</p> |
| Reducing Americans' Vulnerability to Ecstasy Act | <p>Pretendía imponer sanciones mayores tanto de carácter civil como penal, aquellos organizaran eventos públicos en los que se distribuyera, comercializara, vendiera o promoviera el uso de éxtasis o de otras drogas de club³².</p> |
| Illicit Drug Anti-Proliferation Act | <p>Promulgada el 30 de abril de 2003.</p> <p>Estableció sanciones de carácter penal a los propietarios de inmuebles o clubes que permiten la distribución, venta y comercialización de drogas ilegales en sus locales.</p> |
| Proposición 19 de California en 2010 | <p>También denominada como la Regulate, Control & Tax Cannabis Act.</p> <p>La propuesta estaba encaminada a eliminar la mayoría de las penas locales por uso de marihuana, así como fijar impuestos y regulaciones para su uso, similares a las que se aplican actualmente al tabaco.</p> <p>La iniciativa fue rechazada el 2 de noviembre de 2010 al contar sólo con el 46.5% de los votos a favor.</p> |

Anexo 2

Algunos de los programas más efectivos para la reducción de daños son los siguientes:

| Programas | Descripción | Evidencia |
|--------------------------------|---|--|
| Intercambio de jeringas [PIJs] | <p>Premisa: el uso compartido de jeringas y materiales de inyección favorecen la diseminación de enfermedades transmisibles por vía sanguínea.</p> <p>Objetivo: evitar que los usuarios de drogas compartan tanto jeringas como los materiales de inyección a fin de prevenir el contagio de enfermedades y reducir el costo asociado de atención a las mismas.</p> <p>Funcionamiento: proporcionan jeringas gratis o a un bajo costo en lugares de fácil acceso para los consumidores.</p> <p>Mecanismos: a) servicios especializados de atención a usuarios de drogas inyectables, b) intercambio en farmacias o máquinas expendedoras y, c) programas de acercamiento a usuarios en picaderos.</p> | <p>Un estudio que se realizó de 42 PIJs concluyó que existe evidencia del impacto positivo de los PIJs respecto a la propagación del virus del VIH³³. Asimismo, la OMS en 2004, al realizar una revisión de 200 estudios sobre los PIJs concluyó que:</p> <p>Existe evidencia sólida respecto a que el aumento en la disponibilidad y utilización de equipo para inyección estéril por parte de los usuarios de drogas reduce en forma sustancial el contagio de VIH.</p> <p>Las políticas orientadas a limitar la disponibilidad de equipos estériles genera una mayor propensión al uso compartido y funciona como barrera al control efectivo del VIH.</p> <p>Quedó demostrado que su implementación no genera un aumento en el consumo ni en el número de usuarios.</p> <p>El uso de métodos de desinfección no tienen los mismos resultados benéficos.</p> |
| Intercambio de jeringas [PIJs] | <p>Premisa: el uso compartido de jeringas y materiales de inyección favorecen la diseminación de enfermedades transmisibles por vía sanguínea.</p> <p>Objetivo: evitar que los usuarios de drogas compartan tanto jeringas como los materiales de inyección a fin de prevenir el contagio de enfermedades y reducir el costo asociado de atención a las mismas.</p> <p>Funcionamiento: proporcionan jeringas gratis o a un bajo costo en lugares de fácil acceso para los consumidores.</p> <p>Mecanismos: a) servicios especializados de atención a usuarios de drogas inyectables, b) intercambio en farmacias o máquinas expendedoras y, c) programas de acercamiento a usuarios en picaderos.</p> | <p>Un estudio que se realizó de 42 PIJs concluyó que existe evidencia del impacto positivo de los PIJs respecto a la propagación del virus del VIH³³. Asimismo, la OMS en 2004, al realizar una revisión de 200 estudios sobre los PIJs concluyó que:</p> <p>Existe evidencia sólida respecto a que el aumento en la disponibilidad y utilización de equipo para inyección estéril por parte de los usuarios de drogas reduce en forma sustancial el contagio de VIH.</p> <p>Las políticas orientadas a limitar la disponibilidad de equipos estériles genera una mayor propensión al uso compartido y funciona como barrera al control efectivo del VIH.</p> <p>Quedó demostrado que su implementación no genera un aumento en el consumo ni en el número de usuarios.</p> <p>El uso de métodos de desinfección no tienen los mismos resultados benéficos.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Intercambio de jeringas [PIJs]</p> | <p>Premisa: el uso compartido de jeringas y materiales de inyección favorecen la diseminación de enfermedades transmisibles por vía sanguínea.</p> <p>Objetivo: evitar que los usuarios de drogas compartan tanto jeringas como los materiales de inyección a fin de prevenir el contagio de enfermedades y reducir el costo asociado de atención a las mismas.</p> <p>Funcionamiento: proporcionan jeringas gratis o a un bajo costo en lugares de fácil acceso para los consumidores.</p> <p>Mecanismos: a) servicios especializados de atención a usuarios de drogas inyectables, b) intercambio en farmacias o máquinas expendedoras y, c) programas de acercamiento a usuarios en picaderos.</p> | <p>Un estudio que se realizó de 42 PIJs concluyó que existe evidencia del impacto positivo de los PIJs respecto a la propagación del virus del VIH³³. Asimismo, la OMS en 2004, al realizar una revisión de 200 estudios sobre los PIJs concluyó que:</p> <p>Existe evidencia sólida respecto a que el aumento en la disponibilidad y utilización de equipo para inyección estéril por parte de los usuarios de drogas reduce en forma sustancial el contagio de VIH.</p> <p>Las políticas orientadas a limitar la disponibilidad de equipos estériles genera una mayor propensión al uso compartido y funciona como barrera al control efectivo del VIH.</p> <p>Quedó demostrado que su implementación no genera un aumento en el consumo ni en el número de usuarios.</p> <p>El uso de métodos de desinfección no tienen los mismos resultados benéficos.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| <p>Sustitución [PS]</p> | <p>Premisa: el abuso y la dependencia a las drogas son un trastorno de salud mental tratable, por lo cual hay que otorgar al paciente atención oportuna, eficiente, con servicios de alta calidad, al alcance de sus posibilidades económicas, de fácil acceso y proporcionado por personal experto y capacitado.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coadyuvar en los tratamientos de adicciones. • Reducir el uso de drogas ilegales o no prescritas. • Disminuir los problemas asociados al abuso de las drogas ilegales. • Aminorar la duración de los episodios de abuso de drogas. • Mitigar la delincuencia asociada al consumo de drogas. • Reducir las probabilidades de recaída de los usuarios problemáticos. • Introducir a los usuarios problemáticos a la vida institucional y a los servicios médicos. • Otorgar herramientas que les permitan una integración en la vida social y familiar. • Estabilizar a los consumidores a fin de modificar sus hábitos de consumo de una sustancia ilegal a otra controlada. <p>Funcionamiento [en tres fases]:</p> <p>Sustitución de heroína por uso de narcótico agonista -metadona o buprenorfina. Su duración aproximada es de dos semanas. En ella se evalúa al paciente, se determina la dosis que requerirá, se comienza la aplicación de dosis a través de la prescripción del médico autorizado, se da seguimiento al paciente para ver si presenta problemas agudos: síndrome de abstinencia o sobredosis y, en su caso, se estabiliza.</p> <p>Mantenimiento con narcótico agonista -metadona o buprenorfina-: Tiene una duración variable, la cual fluctúa entre tres y seis meses. Se prescribe una dosis estable del narcótico, durante este tiempo se realizan intervenciones de apoyo terapéutico con psiquiatras y psicólogos, para lograr la rehabilitación social y familiar del paciente, asimismo se practican exámenes programados de dopaje.</p> <p>Reducción gradual del narcótico agonista -metadona</p> | <p>El programa de sustitución más documentado es el de terapia con metadona, para usuarios de heroína. Las primeras investigaciones fueron realizadas durante la segunda mitad de los años 60 por los doctores Dole y Neyswander, sus investigaciones observaron lo siguiente:</p> <p>Previene los síntomas del síndrome de abstinencia y la súbita subida de euforia que produce en los consumidores.</p> <p>Presenta un efecto prolongado en sus usuarios -24 a 36 horas-, por lo cual se requiere de una sola toma diaria.</p> <p>Por las dos razones anteriores cada vez más países han adoptado dicha estrategia de reducción de daños. Entre éstos se encuentran Albania, Alemania, Bélgica, Bulgaria, Canadá, China, Croacia, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Hong Kong, Hungría, India, Malasia, México, Puerto Rico, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Ucrania, entre otros.</p> <p>Recientemente se han realizado estudios clínicos relativos a programas de sustitución de heroína con buprenorfina, levacetil-metadol, dihidrocodeína, tintura de opio y diversas formulaciones de morfina, todos ellos de liberación prolongada; así como de estimulantes con prescripción de anfetaminas. Actualmente se cuenta únicamente con evidencias de la utilidad de la buprenorfina.</p> <p>Tanto la OMS como diversas organizaciones sanitarias han concebido a las terapias de sustitución con metadona y buprenorfina como programas rentables y costo-efectivos por la disminución de la criminalidad que originan, así como por la reducción del número de infecciones por VIH y otras enfermedades transmisibles vía sanguínea.</p> <p>De conformidad con la Declaración conjunta de la OMS, ONUDC y ONUSIDA sobre Terapias de sustitución en la gestión de dependencia a opiáceos y de la prevención del VIH / Sida, por cada dólar invertido en programas de tratamiento para opiáceos se genera un ahorro de entre 4 a 7 dólares por delitos relacionados con drogas ilegales, costos penales y robos. Cabe señalar, que al incluirse adicionalmente, los ahorros relacionados con asistencia sanitaria se superan por una razón de 12:1.</p> <p>En México existen dos clínicas pertenecientes a Centros de Integración Juvenil que realizan terapias de mantenimiento por sustitución de metadona, las cuales se encuentran situadas en Ciudad Juárez y Tijuana. En las referidas clínicas se otorga atención médica integral, es decir, los narcóticos de sustitución</p> |
|--------------------------------|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Dispensación controlada de drogas</p> | <p>Premisa: No todos los pacientes responden a tratamientos de metadona o buprenorfina.</p> <p>Objetivos: Disminuir la criminalidad asociada al consumo y mejorar la salud y calidad de vida de los consumidores.</p> <p>Funcionamiento: Se suministra la droga en centros de tratamiento especializados por personal calificado.</p> <p>Mecanismos:</p> | <p>En Reino Unido³⁴, Suiza, Holanda y España se ha experimentado tratamientos con prescripción de heroína inyectable o fumada por su potencial impacto sobre la criminalidad y salud de los consumidores, arrojando los siguientes resultados³⁵:</p> <p>La prescripción de heroína es recomendable sólo para su aplicación en centros de tratamiento especializados, para evitar la comercialización de las dosis proporcionadas, así como para conocer su potencia y calidad.</p> <p>El fármaco es tan seguro para los pacientes como otros tratamientos comparables con narcóticos inyectables.</p> <p>Su prescripción es segura para el personal sanitario de los centros de tratamiento o narco salas.</p> <p>La prescripción de heroína saca del comercio ilegal a los usuarios problemáticos, además de que no aporta problemas para la comunidad ya que el consumo se realiza en un lugar controlado.</p> <p>Los pacientes pueden mantenerse con una dosis estable.</p> <p>No aparta del tratamiento a los pacientes que utilizan metadona oral.</p> <p>Los pacientes tienden a tener una retención del tratamiento mayor o igual que con metadona.</p> <p>Por encontrarse en etapa de investigación clínica no existen pruebas suficientes sobre la afección al mercado ilegal.</p> <p>Mejora la salud y funcionamiento social de los usuarios.</p> <p>Los pacientes cometen un menor número de delitos que los cometidos con anterioridad al tratamiento.</p> <p>Por las restricciones legales de dicha droga su prescripción resulta más cara que la metadona, sin embargo es costo-efectiva por la reducción en la criminalidad y costos sanitarios asociados al consumo ilegal de la heroína.</p> <p>Actualmente, Bélgica, Alemania, Francia y Canadá también se</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>Educación y comunicación</p> | <p>Premisa: se requieren estrategias complementarias a los programas de reducción de daños que contemplen: programas de educación y comunicación, programas de intervención para la reducción de sobre dosis o intoxicación aguda y salas de consumo de drogas, también llamadas narcosalas.</p> <p>Objetivos: De conformidad con la OMS, ONUSIDA y ONUDC lograr un acercamiento con los usuarios de drogas en los lugares que la consumen, viven o se reúnen, a fin de darles la información necesaria que les permita reducir riesgos para contraer infecciones transmisibles por vía sanguínea, así como de otros problemas sanitarios.</p> <p>Mecanismos:</p> <p>Otorgar información y capacitación a los consumidores de drogas ilegales respecto a los riesgos asociados al consumo y conductas para mitigarlos, a través de medios de comunicación o del acercamiento comunitario.</p> <p>Proporcionar materiales para inyección estériles, documentos mediante los cuales se otorga información para evitar transmisión de enfermedades, información sobre pruebas de detección de VIH.</p> | <p>No se cuenta con evidencia suficiente respecto a su efectividad, dado que en su mayoría se encuentran insertos en programas más amplios que se califican en conjunto.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>Intervención para casos de sobredosis e intoxicaciones agudas</p> | <p>Premisa: no existe un control de calidad y potencia de las drogas ilegales, por lo cual el usuario se encuentra ante la incertidumbre de si la sustancia que consume presenta adulteraciones, contaminación o errores en la dosificación.</p> <p>Objetivos:1</p> <p>Mecanismos: sistemas de alerta temprana, pruebas de pastillas, capacitación para primeros auxilios en casos de intoxicación o sobredosis, difusión de servicios de emergencia especializados en el auxilio de intoxicaciones y sobredosis.</p> <p>Funcionamiento</p> <p>a. Sistemas de alerta temprana: los implementados por los sistemas de salud de diversos países que hacen campañas masivas de difusión para informar a la población acerca de lotes de drogas ilegales contaminadas o con una alta potencia.³⁶</p> <p>b. Pruebas de pastilla: han comenzado a difundirse principalmente en Europa en club y fiestas en las que se consume éxtasis. Permite a los usuarios conocer la calidad y potencia de un lote de drogas. En ocasiones se implementan en conjunción con los programas de información de los riesgos que atañe el consumo de drogas.</p> <p>c. Capacitación para primeros auxilios en casos de intoxicación o sobredosis: cada vez un mayor número de países pertenecientes a la Comunidad Europea -España, Holanda, Reino Unido, Bélgica, Alemania, Francia, Suiza, entre otros- han comenzado a realizar campañas de difusión para los usuarios problemáticos de drogas, a fin de que éstos conozcan los servicios de urgencias para casos de sobredosis, los mecanismos de auto-asistencia, así como métodos de consumo para evitarlas³⁷.</p> | <p>No se encuentra evidencia sobre la efectividad de los sistemas de alerta temprana, por lo que hace falta evaluarlos para observar su pertinencia y las posibilidades de optimización de los mismos.</p> <p>No se conoce mucho respecto de la efectividad de las pruebas de pastilla, puesto que no se han realizado evaluaciones serias y sistemáticas de su implementación, sólo se tienen indicios respecto a que favorecen el conocimiento de los usuarios respecto a la potencia y calidad de las sustancias que consumen.</p> <p>En 2001 el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías manifestó que:</p> <p>Los programas de exámenes de pastillas permiten que los sistemas sanitarios tengan un acercamiento con consumidores problemáticos de difícil acceso para proporcionarles información que les permita prevenir riesgos asociados al consumo.</p> <p>No se cuenta con evidencias sólidas respecto al impacto de la implementación de dichos programas ni si éstos pueden favorecer a los oferentes de drogas al promocionarles medios mercadotécnicos respecto a la calidad de sus productos.</p> <p>Se requiere realizar investigaciones y evaluaciones sobre los efectos de estos programas.</p> <p>Las evidencias respecto a la efectividad de la capacitación para primeros auxilios en casos de intoxicación o sobredosis son muy limitadas, ya que se centran en resultados focalizados a procesos locales, sin embargo parecen prometedoras y más aún cuando dichos programas se otorgan junto con los PIJs, los programas de sustitución o dotación de narcóticos en medios controlados.</p> |
|---|---|---|

| | | |
|--|---|--|
| <p>Salas controladas para el consumo de drogas o narcosalas</p> | <p>Premisa: El consumo de drogas en lugares públicos tiene impacto negativo en las comunidades en las que se desarrolla.</p> <p>Objetivo: según el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías es analizar y tratar problemas de grupos específicos de usuarios, especialmente, de aquellos que consumen en la vía pública, ya que estos grupos presentan problemas para las comunidades locales que los servicios sociales y sanitarios.</p> <p>Funcionamiento:</p> <p>Las salas controladas para el consumo de drogas difieren de los centros sanitarios para la administración sin riesgo de drogas recetadas por las siguientes razones:</p> <p>Son instalaciones sanitarias autorizadas para el consumo ilegal de drogas.</p> <p>Tiene como objetivo reducir daños al usuario problemático asociados al consumo como las molestias de la comunidad por el consumo público.</p> <p>Ser una puerta de entrada para los usuarios problemáticos a servicios de carácter asistencial, sanitario y de tratamiento de rehabilitación.</p> <p>Mecanismos: contar con lugares protegidos con un bajo umbral de exigencia donde los usuarios de drogas pueden consumirlas, en un entorno no fiscalizado bajo supervisión profesional para evitar las consecuencias del consumo en lugares públicos. La droga consumida por los usuarios es previamente adquirida por estos en el mercado ilegal.</p> | <p>De los estudios realizados a narcosalas se concluye que existen las siguientes evidencias:</p> <p>Es un mecanismo efectivo para cooptar a usuarios problemáticos o que viven en situación de marginalidad o calle, y para promover un uso inyectado más higiénico.</p> <p>Es un método de control para las urgencias por sobredosis.</p> <p>Es una puerta a los servicios sanitarios de tratamiento, de rehabilitación y sociales.</p> <p>Reduce las consecuencias adversas del consumo de drogas en lugares públicos como el desecho de materiales infecto-contagiosos [jeringas y material de inyección]</p> <p>A pesar de las evidencias positivas, se requieren evaluaciones más amplias respecto a su costo-efectividad.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| <p>Clubes cannábicos</p> | <p>Premisa: Las convenciones internacionales no establecen obligación alguna de que los países miembros penalicen el consumo y cultivo personal. El cultivo personal no es capaz de satisfacer la demanda, además de que en sí mismo no establece garantías para evitar riesgos de salud y desvío al mercado negro. Para minimizar estos riesgos, se desarrolló un sistema de producción y distribución.</p> <p>Objetivos:</p> <p>Minimizar riesgos de salud y de desvío al mercado negro.</p> <p>Prevenir la comercialización y la competencia de precios, así como restringir la oferta.</p> <p>Funcionamiento:</p> <p>Son asociaciones de ciudadanos, que sin fines de lucro, se organizan para el cultivo limitado de cannabis para satisfacer las necesidades personales de sus miembros.</p> <p>Los clubs cannábicos funcionan en un círculo cerrado de producción, distribución y consumo para los asociados.</p> <p>Sólo pueden asociarse mayores de edad.</p> | <p>Permite otorgar seguridad a los usuarios sobre la calidad del producto que consumen, además que los saca del mercado negro y la ilegalidad.</p> |
|---------------------------------|--|--|

18 Establecido por la Primera Asamblea de la Sociedad de Naciones, el 15 de diciembre de 1920. La primera reunión del Comité fue celebrada del 2 al 5 de mayo de 1921. Estuvo en funciones hasta 1940. Fue el precursor de la Comisión de Estupefacientes de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

19 La Comisión de Estupefaciente es la autoridad competente para estudiar todas aquellas cuestiones relativas al logro de los objetivos de la Convención Única, así como modificar las listas de estupefacientes; hacer del conocimiento de la Junta cualquier asunto relacionado con sus atribuciones; realizar recomendaciones para la aplicación de las disposiciones de la Convención, en particular respecto a los programas de investigación científica y, dar a conocer a los Estados no parte las decisiones y recomendaciones adoptadas en cumplimiento de este instrumento.

20 La JIFE fue creada como órgano independiente, con atribuciones cuasi-jurisdiccionales. Sus antecedentes fueron el Comité Central de Estupefacientes, creado por la Convención Internacional del Opio de 1925 y el Órgano de Fiscalización de Estupefacientes, creado por la Convención para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupefacientes de 1931. La JIFE tiene como atribución promover el cumplimiento de las disposiciones de la Convención Única entre los gobiernos de los Estados firmantes, así como analizar los informes presentados por las partes del Convenio y evaluar las actividades de las naciones en materia de estupefacientes.

21 La interdicción puesta a la marihuana tuvo como sustento consideraciones moralistas, racistas y clasistas y no una justificación de carácter científico. En los años 20 se asociaba el consumo de marihuana a las clases bajas de la sociedad mexicana, a los alcohólicos, a los vagos, a los delincuentes y a los viciosos, además se consideraba que degeneraba la raza y hacia violentos a sus usuarios.

22 El Paraquat fue utilizado por el ejército norteamericano en Vietnam. El sobrante de la Guerra de Vietnam lo distribuyó Estados Unidos a los gobiernos de México y Venezuela para su empleo contra los cultivos de drogas ilegales.

23 Todo acto jurisdiccional debe ser público, salvo en aquellos casos en que su difusión pueda afectar a las víctimas o el interés público.

24 El juez debe estar presente en todas a las audiencias.

25 Las partes en el proceso tienen el derecho a debatir los hechos y argumentos esgrimidos en su contra por su contraparte, así como controvertir los medios de prueba durante el proceso.

26 Conjunta en un mismo acto procesal [audiencia] el desahogo de las pruebas. Además sólo pueden ser consideradas como pruebas las presentadas en la misma, con excepción de las iniciales.

27 En una sola audiencia se realiza la presentación, la recepción y el desahogo de pruebas, así como los alegatos y la sentencia. Esta audiencia puede durar varios días.

28 El proceso penal se debe dirigir a esclarecer los hechos. El Ministerio Público no se encuentra obligado a demostrar la culpabilidad del acusado, sino la verdad de los hechos.

29 Nadie es culpable hasta que no se demuestre lo contrario, por lo que el juez condenará sólo cuando exista convicción de la culpabilidad del inculpado

30 Le deben ser facilitados los datos que se solicitan para su defensa.

31 La prisión preventiva no puede exceder del tiempo que como máximo de pena fije la ley para el delito que motiva el proceso, ni ser superior a dos años, salvo que esto se deba al ejercicio del derecho de defensa del imputado.

32 Las drogas de club se constituyen por un grupo farmacológicamente heterogéneo de compuestos psicoactivos que tienen a ser consumidas en clubs nocturnos, raves, fiestas, bares, entre otros. A este grupo de drogas pertenecen el éxtasis [MDMA], el gamahidroxibutirato [GHB], la ketamina, el Rahypnol, la Metanfetamina, el LSD.

33 Gibson D.R., Flynn N.M. y Perales D. en *Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injection drug users*, AIDS, 2001, jul. 27; 15(11):1329-41.

34 Según el artículo de Metrebian N. Survey of doctors prescribing diamorphine (heroin) to opiate dependent drug users in the United Kingdom, para el año 2002 existían en Reino Unido 450 pacientes a los que cerca de 46 médicos autorizados les recetaban y aplicaban en medios controlados heroína.

35 La evidencia que se tiene a favor de las terapias de dispensación controlada es débil: ya que consiste en aproximadamente 30 estudios de los cuales sólo cuatro cuentan con grupos de control.

36 Un ejemplo de ello fue la realizada por el Centro Europeo de Control de Enfermedades que notifico a principios del año 2010 de la existencia de heroína adulterada con ántrax en Reino Unido.

37 Un ejemplo de ello lo constituyen los programas de provisión de naloxona a usuarios de opiáceos. En estos programas se capacita a los usuarios para que puedan administrarla en caso de urgencia. Cfr. Kerstin Dettmer, Bill Saunders, y John Strang, director en: *Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes* BMJ 2001; 322 : 895.