

# LA DEMANDA DE DROGAS: MÉXICO EN LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL\*

Ma. Elena Medina-Mora\*\*, Estela Rojas Guiot\*\*\*

## SUMMARY

At present it has been widely acknowledged that drug abuse constitutes a global problem and consequently, the need for global solutions and international cooperation has also been recognized. There are no longer well defined producer, transit and consumer countries, as most activities depend on the demand and offer of drug markets worldwide, regulated by cycles of drug consumption patterns, opportunities for illicit crops, production and smuggling of drugs and also of public attitudes regarding drug consumption. The aim of this work is to provide a picture of international trends of drug abuse and in this context, to give a more detailed account of the problem in Mexico. Accurate information and the evaluation of illicit activities are at times unavailable, and the estimates obtained from surveys and other studies carried-out in different countries might differ due to criteria regarding methodologies rather than to variations in rates of use. In spite of these limitations, some global trends have emerged from our analysis of data, mostly drawn from reports of member countries of the United Nations, and from annual reports of the International Narcotics Control Board, as well from epidemiological surveys carried-out in Mexico which have been conducted in various populations since 1970. The United Nations has estimated that worldwide 185 million people use drugs; among these 147.4 million people consume *Cannabis* (marihuana and hashish), 33.4 million people consume amphetamine type stimulants followed by cocaine (13.4 million people) and 12.9 million people use opiates (heroin, morphine and opium). *Cannabis* is consumed in 96% of the countries that report to the UN, followed by opiates (87%) and derivatives of the coca leave (81%). There is a declining trend in the use of inhalants. Approximately 0.1% of the global population consumes a methamphetamine type known as "ecstasy" (7 million people). These global trends of consumption are also observed in Mexico, although the numbers obtained from the national population surveys are comparatively lower than those. It has been calculated that 0.7% from the urban adult population, fill the dependency criteria. Consequently, there are also geographical variations in the treatment demand due to drug abuse. These variations are related to the availability of substances and socio-cultural factors. The highest demand for

treatment due to the use of cocaine is found in the Americas, while in Europe, Asia, and Australia it is due to heroin. In Africa it is due to *Cannabis* and in Japan to amphetamine type stimulants. The production of illicit opium in Afghanistan is discussed at length in terms of the economical, political and geo-strategic factors that led to the fact that in 1999 it produced 79% of global illicit opium, and although this proportion was reduced in 2000, it is still 70%. Furthermore, the eradication of production in neighboring countries also contributed to make Afghanistan an alternative source of global supply. Additionally, the events of September 2001 in New York have led to the placement of large illicit amounts of opium in the market, and consequently there is a considerable availability of these types of drugs which influences the consumption and demand for treatment. Colombia and Mexico produce opium and heroin mainly for local markets, especially those of North America, and in Mexico an increasing consumption of cocaine and heroin has been observed, mostly in some areas of the border with the United States, as well as an increase of the treatment demand from 12% in 1990, to 46% in 1999 (CIJ 2) due to the use of these substances. The abuse of heroin represents a special problem due to its abuse and dependence liability, as the use of these and other substances used intravenously is the main cause of transmission of infectious diseases, mainly the HIV, and AIDS, hepatitis and tuberculosis. In Mexico, street sold heroin has increased as a result of the border controls, after September 11. Cocaine, which is extracted from the coca leaf that is produced mostly in Colombia, Peru and Bolivia (98% of the world global production) is distributed through the Caribbean region and Mexico. In the decade of 1990 in our country, cocaine consume increased in 400% between adolescents and 300% in adult population, aged 18 to 65 years. The trends of world consumption are stable in the United States, Canada, Colombia and Peru. Its use is decreasing in Bolivia and increasing in some European countries and Mexico. *Cannabis* is produced worldwide and in almost all latitudes, although the main production of this drug is located in Northern Africa. The higher cannabis users are located in Asia, representing the third part of the world drug users, the fourth part is in America and a fifth part in Africa. At present, marihuana is the drug most frequently used by the Mexican population, showing an increase above 60% between 1988 and

\* Una versión actualizada de este trabajo fue leído en: Business Law International Conference. International Bar Association (Conferencia Internacional sobre el Derecho de los Negocios organizada por la Barra Internacional de Abogados), 28 de octubre-2 de noviembre, 2001. Cancún, México.

\*\* Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101, 14370, México, D. F. medinam@imp.edu.mx

\*\*\* Investigadora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México. Recibido: 19 de marzo de 2003. Aceptado: 28 de marzo de 2003.

1998. Inhalants are considerably available due to their industrial and household use, but most countries reported decreases in the abuse of inhalants. In Mexico it is still used by children and adolescents who work in the streets, but it shows a decrease in other areas of the population where it has been replaced by cocaine. Synthetic drugs, mainly hallucinogens such as LSD were first used in the 50s of last century, and in the 90s the use of amphetamine type stimulants (ATS) is linked to life style and group identity of youth. Its use gradually spread throughout the world until the mid 90s, when it had to be considered as a global problem, as it has been estimated that it affects worldwide six out of 1000 persons of 15 years of age and above. Approximately 0.1% of the global population within this age range, use methamphetamine form known as "ecstasy" and in Mexico it is considered to affect less than 0.1% of the population from 12 to 65 years of age. In this context, the member States of the United Nations signed a Declaration of Principle on Demand Reduction of Drugs, in which the Guiding Principles of Drug Demand Reduction states the need to develop global policies based on the assessment of the drug problem in each country in order to achieve global agreements that should lead to a balanced approach to the reduction and demand and offer of drugs. This policies must focus on vulnerable population or in population that need special care, by disseminating information and developing training and coordination programs, in order to ensure the right of all persons to a social welfare state.

**Key words:** Drugs, demand, global problem, Mexico.

## RESUMEN

En la actualidad, se ha reconocido ampliamente que el abuso de drogas constituye un problema global y que, por lo tanto, son necesarias soluciones también globales que requieren una cooperación internacional, ya que las fronteras entre los países productores, distribuidores y consumidores han desaparecido. La mayor parte de las actividades relacionadas con el narcotráfico depende del mercado de las drogas, que a su vez también se rige por los ciclos de consumo, las oportunidades para el cultivo, la producción y el contrabando de éstas, y por las actitudes públicas relativas al abuso. Este artículo presenta un panorama de las tendencias internacionales del abuso de drogas y dentro de este contexto aborda con más detalle dicho problema, en México. A veces es difícil obtener información segura y por lo tanto no se dispone de una evaluación de las actividades ilícitas. Los cálculos obtenidos mediante encuestas y otros tipos de estudios, realizados en distintos países, podrían diferir más bien debido a las metodologías que a las variaciones en los índices del consumo de drogas. A pesar de estas limitaciones, destacan algunas tendencias mundiales obtenidas mediante el análisis de los datos que documentan los países miembros de las Naciones Unidas, los informes anuales del *International Narcotics Control Board* y los estudios epidemiológicos llevados a cabo en México a partir de 1970. Las Naciones Unidas han calculado que alrededor del mundo, 185 millones de personas consumen drogas, principalmente la *Cannabis* (mariguana y hashish) (96%). A ésta le siguen los opiáceos (heroína, morfina y opio) (87%), cocaína y sus derivados (81%), los inhalables (cuyo consumo está disminuyendo) y los estimulantes del tipo de las anfetaminas, entre los cuales la forma de metanfetamina, llamada "éxtasis", es consumida por 0.1% de la población global. Estas tendencias mundiales también se observan en México, aunque desde luego, existen variaciones geográficas con respecto a la

demanda de tratamiento para el abuso de drogas, que van ligadas a la disponibilidad de las sustancias y a factores socio-culturales. La mayor demanda de tratamiento por el consumo de cocaína se ubica en el continente americano, mientras que en Europa, Asia y Australia se debe al uso de heroína; en África responde al consumo de la *Cannabis* y en Japón a los estimulantes del tipo de las anfetaminas.

La producción ilícita de opio en Afganistán se trata con cierto detalle dentro del contexto de los factores económicos, políticos y geo-estratégicos que condujeron a ese país a producir 79% del opio ilícito mundial. A pesar de que en el año 2000 se redujo la producción, ésta aún representaba 70%. La erradicación de la producción en los países vecinos contribuyó también a que Afganistán se convirtiera en una fuente alterna de producción mundial de opio. Los hechos del 11 de septiembre del 2001 en Nueva York, han propiciado la colocación de cantidades considerables de opio ilícito en el mercado, y por lo tanto hay una mayor disponibilidad de este tipo de drogas, factores que influyen tanto en el consumo como en la demanda de tratamiento a nivel mundial. Colombia y México producen opio y heroína para mercados locales especialmente para el de Norteamérica. En México se observa un incremento en el consumo de cocaína y heroína principalmente en algunas áreas de la zona fronteriza con los Estados Unidos de Norteamérica aunado también a un aumento de la demanda de tratamiento. El uso de la heroína conduce a problemas serios de abuso y riesgo de dependencia, y su uso y el de otras sustancias administradas por vía intravenosa, son responsables de la transmisión de enfermedades infecciosas tales como el VIH y el SIDA, la hepatitis y la tuberculosis. Noventa y ocho por ciento de la producción mundial de cocaína se produce principalmente en Colombia, Perú y Bolivia y se distribuye a través del Caribe y de México. Su uso está disminuyendo en Bolivia y aumentando en algunos países europeos y en México. La *Cannabis* se produce mundialmente y en casi todas las latitudes, aunque la mayor parte se localiza al norte de África. Actualmente es la droga más consumida tanto a nivel mundial como en México, y se observa un incremento de aproximadamente 60% entre 1988 y 1998. En México los inhalables todavía son utilizados por niños que trabajan en la calle, pero existe una disminución en las cifras de este consumo en otros sectores de la población donde ha sido desplazado por la cocaína. Las drogas sintéticas, principalmente los alucinógenos tales como el LSD, se empezaron a consumir en la década de 1950 y, en la de 1990 el uso de estimulantes del tipo de las anfetaminas resurgió entre los jóvenes ligado a sus estilos de vida e identidad de grupo. A mediados de la década de 1990 se reconoció que el consumo de estas sustancias constituía un problema mundial que afectaba aproximadamente a seis de cada 1000 personas de 15 años de edad en adelante, de los cuales 0.1% usaba el "éxtasis". En México éste es consumido por 0.1% de la población entre los 12 y los 65 años de edad. En este contexto, los países miembros de las Naciones Unidas firmaron una Declaración de Principios sobre la Reducción y Demanda de Drogas en la que se establece la necesidad de desarrollar políticas globales basadas en la evaluación del problema de las drogas en cada país con el fin de llegar a acuerdos también globales que conduzcan a un abordaje balanceado de la reducción de la oferta y la demanda, tomando en cuenta a las poblaciones vulnerables o con necesidades específicas, propagando información e instrumentando programas de entrenamiento y coordinación entre los países para asegurar el derecho de todas las personas a un estado de bienestar.

**Palabras clave:** Drogas, demanda, problema global, México.

## INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XX se llegó a la conclusión de que el abuso de drogas era un problema global y que por lo tanto también se requerían soluciones globales. Los límites aparentemente bien definidos entre los países productores, los distribuidores y los consumidores se han roto definitivamente. En la última década del siglo pasado, por lo menos 134 Estados y territorios informaron a las Naciones Unidas, que enfrentaban un problema de abuso de drogas (3).

Las drogas se producen ilegalmente tanto en las regiones desarrolladas como las que están en desarrollo y los recursos necesarios para manufacturarlas a partir de la materia prima, generalmente provienen de países más industrializados. Su distribución tiene lugar en las regiones menos desarrolladas donde se producen las drogas. Estos factores han obligado a los países en cuestión a formarse un concepto más integral del problema y a reconocer la necesidad de trabajar conjuntamente para enfrentar el reto que representa este fenómeno.

Las tendencias del abuso de drogas frecuentemente conforman ciclos en los que el individuo, las drogas o los patrones de consumo reemergen en distintos tiempos o en diferentes regiones. Estos ciclos se ven influidos por las oportunidades de cultivo ilícito, por la producción y el contrabando de drogas, y por el cambio en las actitudes públicas y los patrones de consumo.

Según Musto (14), la epidemia de cocaína registrada en los Estados Unidos a principios del siglo XX predijo el estallido observado en la década de 1970, con ciclos de tolerancia e intolerancia como respuesta a funciones culturales y políticas. Aquellos aspectos que inicialmente se tuvieron por benéficos, tales como la euforia y la estimulación del sistema nervioso central, posteriormente se consideraron como atractivos factores de riesgo y se admitió que la droga era una amenaza para la sociedad.

Estas tendencias se han observado también en el caso de varias sustancias que incluyen al opio, la morfina y la *Cannabis* (14). Mäkelä, Room, Single y cols. (7), describieron el mismo fenómeno con relación al alcohol, independientemente de los sistemas políticos y de las culturas de la bebida.

En México, por ejemplo, las actitudes públicas hacia el consumo de la *Cannabis* han cambiado desde su total rechazo por ser considerarlo como un hábito de las clases bajas, hasta convertirlo en moda, entre los jóvenes.

Tras este cambio de estatus, en la década de 1970, su consumo se extendió. Más adelante, siguió un pe-

ríodo en que aumentó la percepción de los riesgos asociados con su consumo y su uso se estabilizó entre 1978 y 1993. Nuevamente surgió una tendencia a la normalización de su consumo hacia finales del pasado milenio (1, 5, 8, 27, 28).

David Musto ha afirmado que “al desarrollar estrategias y programas para restringir las epidemias de abuso de drogas, debemos tener expectativas realistas con respecto a que los cambios no ocurrirán rápidamente debido a que los problemas de abuso de drogas pueden resurgir después de permanecer latentes por un tiempo” (15). La lucha contra los daños derivados del uso de drogas debe considerarse como un proceso continuo más que como un esfuerzo limitado a un tiempo definido.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

El tema de este trabajo presenta algunas dificultades derivadas principalmente de la escasa disponibilidad de información precisa. Por una parte, las actividades ilícitas son difíciles de evaluar, y por la otra, los cálculos de prevalencia derivados de las encuestas y otros estudios llevados a cabo en diferentes países, podrían reflejar diferencias en los métodos y definiciones más que variaciones en los índices de consumo. A pesar de estas limitaciones, los datos disponibles muestran tendencias mundiales interesantes que pueden servir como un espacio de discusión para implementar políticas sobre el consumo de drogas.

El objetivo principal de este artículo es proporcionar un panorama de las tendencias regionales, más que definir el problema de las drogas en países definidos.

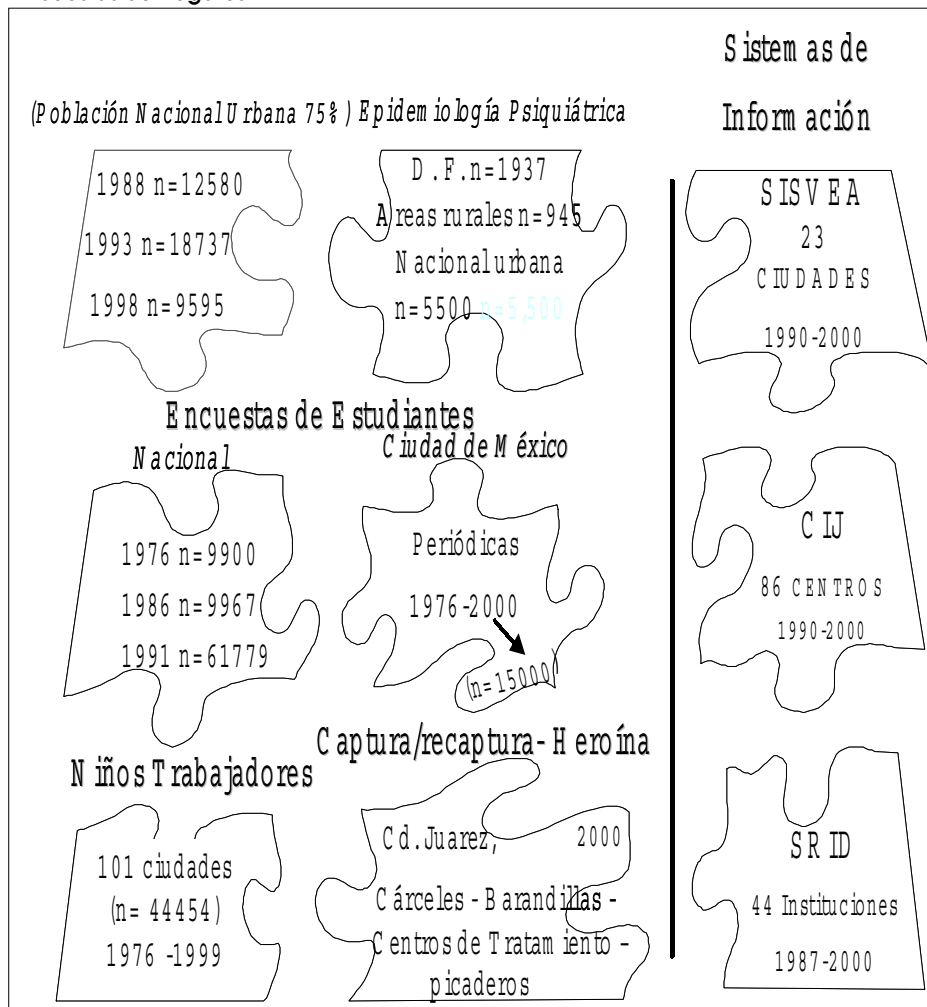
La mayor parte de los datos que se incluyen, se obtuvieron de los informes de los países miembros de las Naciones Unidas y de los informes anuales de la Junta Internacional de Control de Estupefacientes.

La información se complementa con datos provenientes de estudios epidemiológicos, realizados en México, en los que los sistemas de información incluyen encuestas nacionales de hogares y de estudiantes, sistemas de vigilancia y estudios en poblaciones especiales que han sido llevados a cabo desde principios de la década de 1970, y por lo tanto, se cuenta con tendencias del fenómeno en distintos sectores de la población (Gráfica 1).

## LA DEMANDA MUNDIAL DE DROGAS

La Organización de las Naciones Unidas (16) ha calculado que en el periodo de 1998 a 2001, 185

**GRÁFICA 1**  
**Encuestas de Hogares**



millones de personas consumían drogas a nivel mundial: de éstas 147.4 millones usaban marihuana y otras formas de *Cannabis*, 33.4 millones consumían estimulantes del tipo de las anfetaminas (ETA), 13.4 millones cocaína, 12.9 millones, derivados del opio, y entre estos últimos aproximadamente 9.2 millones consumían heroína.

La *Cannabis* (marihuana y hashish) es la droga más consumida alrededor del mundo; se usa en 96% de los países que rinden informes a las Naciones Unidas, y a ésta le siguen los derivados del opio (heroína, morfina y opio) (87%), y los derivados de la hoja de coca (81%). El consumo de estos productos naturales es seguido por el de los estimulantes del tipo de las anfetaminas (73%), las benzodiazepinas (psicotrópicos controlados que tienen un efecto depresor en el sistema nervioso central) (69%), varios tipos de solventes inhalables (69%), y los alucinógenos (60%) (23).

En México, donde durante mucho tiempo se observaron índices bajos de consumo, actualmente el

problema se está incrementando. A la práctica tradicional del uso de sustancias con efectos psicotrópicos entre los menores de edad, y de la marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se añade el consumo de cocaína que va en aumento, y que se ha extendido entre los niños y en los sectores pobres de la población.

Los cálculos mundiales de prevalencia del uso de esas sustancias, se muestran en el cuadro 1. Al contrastar estos datos con los índices de consumo en México, provenientes de las encuestas nacionales en hogares, se observa que dichos índices son todavía bajos. Las cifras comparativas también demuestran que aún en la actualidad, nuestro país tiene índices bajos de dependencia ya que, se ha calculado que aunque 0.7% de la población urbana adulta reúne los criterios de dependencia a drogas, su consumo es menor que el observado en los Estados Unidos de Norteamérica (7.5%), Alemania (2.1%), y los Países Bajos (1.8%) (13).

**CUADRO 1**  
Prevalencia anual del uso de drogas. Estimaciones mundiales de la ONU

Porcentajes	Drogas lícitas	Cannabis	Cocaína	Heroína
Población mundial >15 años	4.3	3.5	0.3	0.22
MEXICO: población urbana 12-65 años	1.2	1.0	0.5	<0.01

UNODCCP, 2002 Periodo 1998-2001

En 1999, los países que proporcionaron información sobre los niveles del uso de drogas documentaron un aumento en el uso de la *Cannabis*, los estimulantes del tipo de las anfetaminas (notablemente “éxtasis” y metanfetaminas), la cocaína y la heroína, y un número mayor de países, indicó que el uso de inhalables había disminuido. Estas tendencias mundiales también se observan en México, tal como se muestra en la gráfica 2 con datos obtenidos de encuestas llevadas a cabo entre la población general mediante encuestas en hogares (SSA) (19, 20, 21).

## VARIACIONES REGIONALES

La demanda de tratamiento derivada del uso de estas sustancias muestra importantes variaciones geográficas. En el continente americano, existe una demanda mayor como respuesta al consumo de cocaína. En Europa, Asia y Australia, los opiáceos ocupan el primer lugar; en Africa el abuso de la *Cannabis* es la principal razón para buscar tratamiento, mientras que en Japón más bien se solicita éste por el uso de estimulantes del tipo de las anfetaminas (16).

Estas variaciones están relacionadas con factores socioculturales que validan ciertas formas de uso, en grupos sociales bien definidos y con la disponibilidad

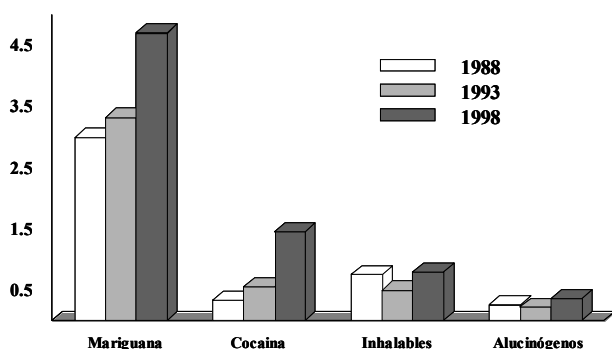
de las sustancias, determinada por la producción ilegal y las rutas del narcotráfico. La disponibilidad de las sustancias es una precondition indispensable para consumir las drogas, pero la decisión de una persona de experimentar y de allí pasar al abuso y la dependencia está determinada por las características individuales y por la vulnerabilidad al uso. Intervienen, por ejemplo, los problemas emocionales, la baja autoestima, y una percepción pobre del riesgo que conlleva el uso de diferentes drogas. También influye el entorno en el que se desarrollan los individuos, por ejemplo, si entre sus amigos más allegados hay quienes consumen drogas (9).

La producción ilícita se enfoca cada vez más ya sea en los territorios de Estados que no han tenido éxito en su control, o en los geográficamente marginados, no necesariamente abocados a la producción de drogas ilegales, pero en los que la producción de droga se ha convertido en síntoma de otros problemas estructurales más amplios (23). Según las Naciones Unidas, los Estados con una estructura social e institucional débil, son particularmente vulnerables ante las organizaciones de narcotraficantes, o ante aquellas en las que los acontecimientos políticos, la inestabilidad interna y los conflictos han contribuido a la caída o debilitamiento de las estructuras y controles del gobierno (3).

## Opio y heroína

No es de sorprender que durante la década de 1990, Afganistán se convirtiera en el mayor productor mundial de opio ilícito. El Programa de las Naciones Unidas para Control de Drogas (UN ODCCP) (22) informa que en 1999, 79% del opio ilícito mundial se produjo en este país, y a pesar de que en el año 2000 esta proporción se redujo, todavía alcanzaba 70%. En el año 2000, el cultivo del opio disminuyó abruptamente, y descendió a niveles insignificantes, debido a que los talibanes, que entonces controlaban la mayor parte de Afganistán, impusieron una estricta prohibición de ese cultivo. Cuando cambió el sistema político, el gobierno de transición promulgó dos decretos en los que se prohibía el cultivo de la

**GRÁFICA 2**  
Tendencias del uso de drogas en México.  
Encuestas nacionales de hogares



SSA, IMP, DGE, CONADIC, 1998

adormidera. Sin embargo la producción ha aumentado desde entonces de manera considerable. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en 2002 se produjeron 3400 toneladas de opio, con lo cual Afganistán volvió a ser el mayor productor del mundo, seguido de Myanmar y de la República Democrática Popular Lao. Actualmente más de tres cuartas partes de la heroína que se vende en Europa provienen de Afganistán.

El cultivo del opio ha sido tradicional en Afganistán desde el siglo XVIII, pero el país empezó a destacar como productor importante de opio ilícito, durante el periodo de la guerra prolongada que comenzó en 1979 y que, desafortunadamente, posiblemente persistirá por algún tiempo en el futuro. Del año 1986 al 2000, la producción ilegal de opio mostró un índice de aumento anual de 23%.

Este incremento en la producción se dio teniendo como telón de fondo factores económicos, políticos y geoestratégicos, y debido principalmente a la falta de un control efectivo por parte del gobierno del país. El deterioro de la agricultura y de la mayor parte de las infraestructuras ocasionado por más de 20 años de guerra civil, ha hecho que el cultivo de la amapola constituya una estrategia para ganarse la vida en muchos hogares rurales. Al mismo tiempo, la abolición de la producción en países vecinos como Turquía en 1972, e Irán en 1979, hizo que Afganistán se convirtiera en una fuente alterna de oferta mundial (UN ODCCP) (22). Esto ha ocurrido en el siguiente escenario: “Antes de la última guerra solamente 8 millones de hectáreas de un total de 65 millones del país se consideraban cultivables y de éstas se ha calculado que se cultivaba anualmente solamente menos de la mitad. De 1958 a 1978, 85% del total de la población de 1.5 millones de habitantes vivía en el campo y la mayoría de los restantes se dedicaba a empresas rurales. Entre 1979 y 1989, especialmente en la última parte de este período, la producción agrícola normal se vio severamente afectada: aproximadamente un tercio de las granjas fue abandonado, más de la mitad de los poblados fue bombardeada y una tercera parte del sistema de irrigación fue destruido. El total de la producción de alimentos disminuyó hasta aproximadamente 45% del nivel que predominaba antes de 1979, factor que se vio aunado a una severa despoblación de las áreas rurales del país. Se ha calculado que alrededor de 9% de la población afgana murió, otro tercio huyó del país, y 11% conformó el porcentaje de refugiados internos, de los cuales, muchos se fueron a vivir a los centros urbanos” (22).

En 1999 Afganistán y Myanmar produjeron el 95% del opio ilegal mundial. Como resultado de

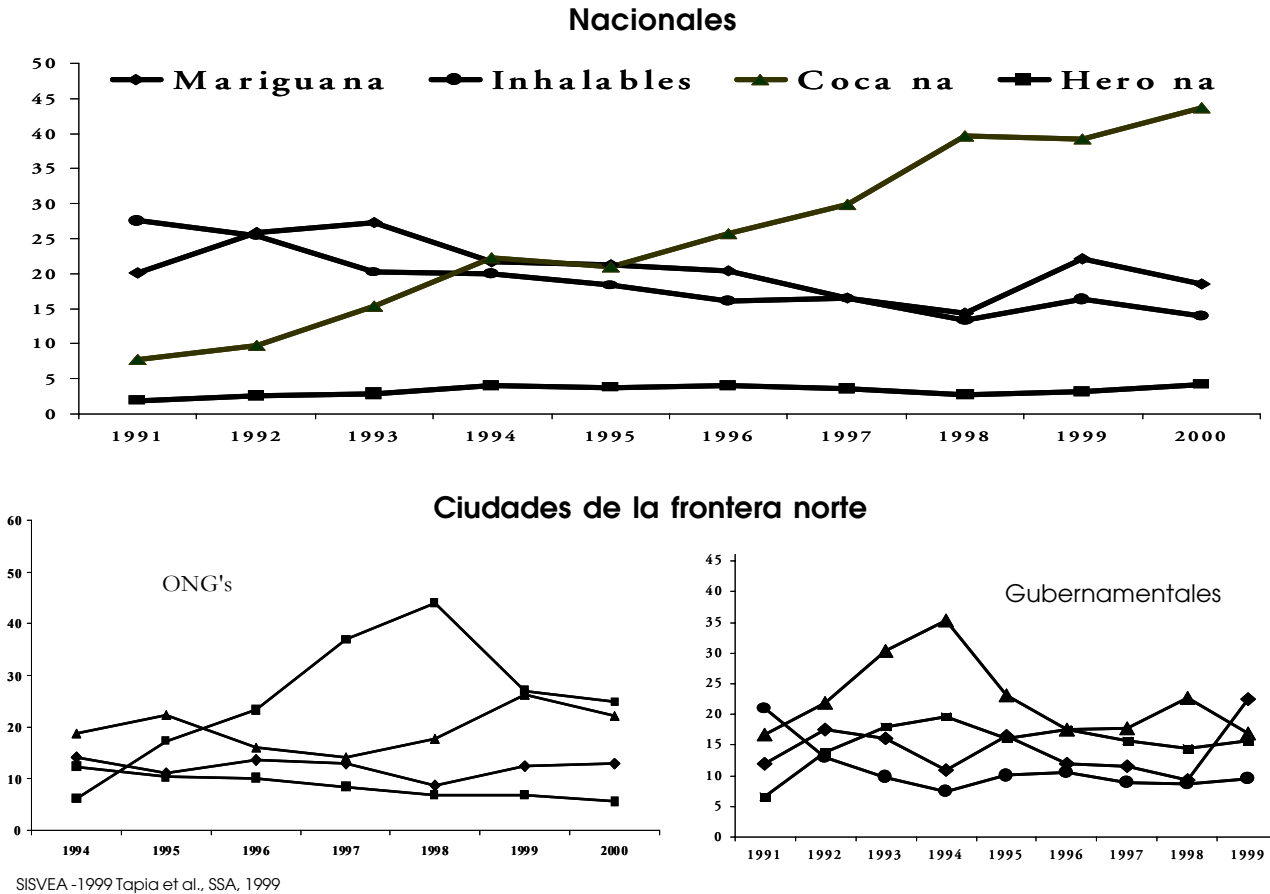
una sequía prolongada, de la aplicación de una ley de control de drogas y de la prohibición impuesta por los talibanes (2000), la producción de opio en Afganistán disminuyó considerablemente. Sin embargo, después de los hechos del 11 de septiembre de 2001, grandes cantidades de las existencias ilícitas fueron colocadas en el mercado y por lo tanto la oferta siguió siendo considerable (6).

Colombia en primer lugar y México después producen esta sustancia principalmente para mercados locales, especialmente el de los Estados Unidos de Norteamérica; al final de la década de 1990, 65% de la heroína confiscada en ese país provenía de Colombia (UN, 2000). Una proporción de esta sustancia se queda en México, donde se ha detectado un brote epidémico de consumo en algunas partes de la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica. Los registros de los Centros de Integración Juvenil (2) muestran un incremento en el número de casos detectados en esta región: de 12% de consumidores en 1990, a 46% en 1999. El uso de la heroína parece concentrarse en regiones cercanas a esta frontera, donde más de 25% de la demanda de drogas se relaciona con esta sustancia, en comparación con el índice nacional de 5% (gráfica 3). En nuestro país, aumentó la oferta de heroína en las calles a consecuencia de los controles impuestos en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica después de los hechos del 11 de septiembre de 2001, acaecidos en Nueva York.

La heroína merece una atención especial debido a su abuso y al riesgo de dependencia. La adicción es una enfermedad del cerebro, que incluye la pérdida de la capacidad para controlar voluntariamente el ansia y el uso. Por lo tanto, las personas que han desarrollado la adicción requieren de tratamiento para ayudarlas a superar la enfermedad. El abuso de ésta y de otras sustancias que se aplican por vía intravenosa constituyen en la actualidad el mayor vector para la transmisión de enfermedades infecciosas, en particular del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la hepatitis y la tuberculosis. El uso de drogas por inyección ha sido identificado en más de 136 países, de los cuales 93 documentan la presencia de infecciones por VIH entre los usuarios que emplean esta vía. El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS) calcula que la proporción mundial de infecciones por VIH debidas a equipos de inyección contaminados fue de 5% a 16% en 1996.

En México, se ha calculado que 1.7% de los enfermos con VIH registrado se infectó debido al uso de drogas (4). El país tiene un índice por debajo del

**GRÁFICA 3**  
**Demanda de tratamiento por tipo de droga**



promedio mundial; sin embargo, uno de cada cinco usuarios de drogas con VIH (19%) compartió jeringas con otro usuario (12), lo que sugiere la necesidad de una mayor toma de conciencia y de intervenir para disminuir el riesgo.

**Cocaína**

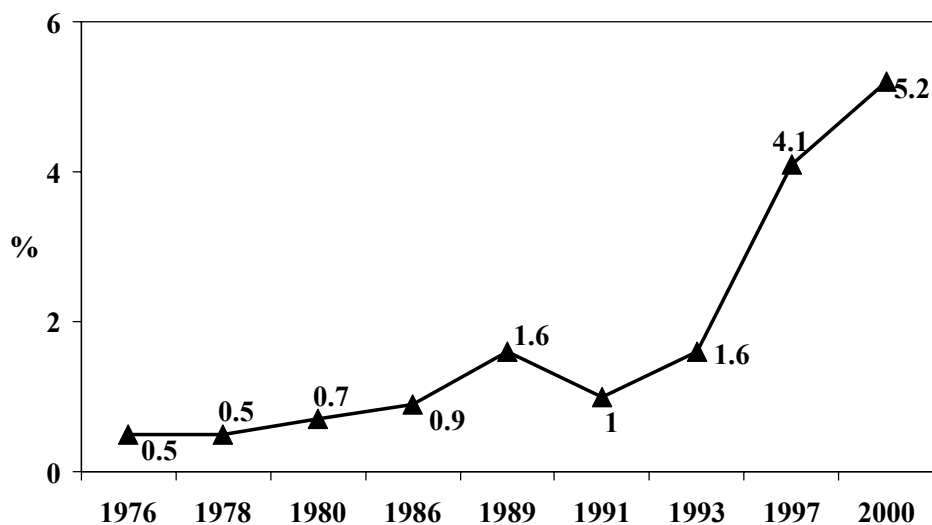
Noventa y ocho por ciento del cultivo mundial de la hoja de coca se localiza en tres países andinos: Colombia, Perú y Bolivia, con una marcada tendencia a la concentración de dos tercios de la producción, en el primero. En 1999, el cultivo disminuyó en dos tercios en el Perú y, en Bolivia, el cultivo de la coca y el narcotráfico fueron casi totalmente erradicados de la región de Chapara (3).

La cocaína se distribuye al resto del mundo por el mar Caribe, por México y por la costa del Pacífico. Al inicio de la década de 1990, México se convirtió en un proveedor de cocaína para los estados del suroeste de Estados Unidos (23). En esa década, el índice de experimentación entre los adolescentes

mexicanos aumentó 400% (8, 26) y cerca de 300% en la población adulta de entre 18 y 65 años de edad (21) (gráfica 4).

Según las Naciones Unidas (16), 70% del consumo de cocaína tiene lugar en el continente americano: la mitad de los usuarios mundiales se halla en los Estados Unidos de Norteamérica y 22% en Europa. Por el contrario, el abuso de cocaína en la región asiática y en Europa oriental alcanza niveles relativamente bajos. La tendencia en el uso mundial, continúa expandiéndose pero con tasas menores: en los Estados Unidos de Norteamérica el índice de consumo disminuyó en el año 2000. La mayor parte de los países informó que presentaba “algún aumento”, a diferencia de los importantes incrementos registrados en la década de 1990 en Canadá, Costa Rica, El Salvador, Colombia, Brasil y Chile. En Bolivia la producción ha disminuido, lo que ha contribuido a la estabilización de los mercados en ese país junto con Argentina. En nuestro país, ha existido una tendencia ininterrumpida al incremento en los últimos 25 años, observada principalmente entre los

**GRÁFICA 4**  
Incremento del uso de cocaína entre estudiantes de enseñanza media y media superior



IMP, 1991, 1993 y 1997; INP, 2000. UNODCCP, 2001  
Más del 70% del uso de cocaína ocurre en el continente americano, la mitad en Norteamérica y el 16% en Europa.

jóvenes; sin embargo, en esta población las tasas de prevalencia anual aumentaron de manera menos significativa entre 1997 y 2000 en comparación con las tasas de crecimiento anteriores, circunstancia que podría indicar una tendencia a la estabilización.

En México, los índices de uso de cocaína en polvo (1.5%) son similares a los observados en Colombia (1.6%). Este cálculo no incluye al “basuco” o pasta de coca, cuyo consumo en México es raro y que es utilizado por 1% adicional de la población de Colombia (23).

### *Cannabis*

Esta droga se produce en todas las regiones y en casi todas las latitudes. En la última década, 120 países declararon cultivarla ilegalmente en su territorio; la región principal de producción se encuentra en el norte de África; y hay pruebas de que su cultivo ha disminuido en América Latina en tanto que se observa un incremento en Europa, Asia y África.

La producción bajo techo ha aumentado en algunas áreas de Europa y de Norteamérica, y en el este de Europa se ha encontrado un aumento de la concentración de THT de 3%-7% (registrado en la década de 1990), a 10%-30% (23).

Los índices de prevalencia están por encima del promedio en Oceanía, Norteamérica y Sudamérica, en África y en Europa occidental. El número mayor de usuarios de *Cannabis* se encuentra en Asia, lo que representa más de una cuarta parte de su consumo

mundial seguido de una cuarta parte en África, otra cuarta parte en el continente americano y una quinta parte en Europa (16).

Los informes de los estados miembros del Programa de las Naciones Unidas para el Control de Drogas en 2000, muestran un aumento del consumo en la mayoría de los países tanto de Europa Oriental como Occidental, en el continente americano (a excepción de los Estados Unidos), en África y Oceanía. En gran parte de Asia el uso se mantuvo estable o declinó (16). Actualmente es también la marihuana la droga que más consume la población mexicana, con un incremento de más de 60% entre 1988 y 1998. Entre los estudiantes de la ciudad de México su consumo aumentó de 1991 a 2000, de 2.8% a 5.8% (20, 28).

### **Inhalables**



Pertencen a un grupo especial de drogas que ocasionan dependencia, y que debido a sus amplios usos domésticos e industriales tienen una disponibilidad considerable. En México, el uso de estas sustancias es predominante, pero no exclusivo, en los segmentos desprotegidos de la población: niños, niñas y adolescentes de los sectores más pobres, que no han completado su desarrollo físico y psicológico y cuya salud está en riesgo por factores derivados de la pobreza, entre ellos, principalmente la desnutrición, la falta de atención a la salud, e incluso un plan incompleto de vacunación.



**CUADRO 2**  
**Menores trabajadores de la Ciudad de México (de 6 a 17 años de edad)**

Porcentaje	<i>Empacadores</i>		<i>Otras ocupaciones</i>		<i>Viven en la calle</i>	
Inhalables	0.5		6.5		69.8	
Mariguana	0.8		1.8		28.1	
Cocaína	0.9		1.5		14.6	

		<i>Empacadores</i>	<i>Otros</i>	<i>Calle</i>		<i>Empacadores</i>	<i>Otros</i>	<i>Calle</i>
Inhalables		0.5	5.8	75.0		0.5	4.4	59.4
Mariguana		1.0	2.3	31.3		0.5	1.1	21.9
Cocaína		1.0	1.7	15.6		0.7	1.1	12.5

DIF-DF/UNICEF

Medina-Mora, Robles, Villatoro, Ruz, Fleiz, 2000

En México, son todavía los inhalables las drogas de elección de los niños que trabajan en la calle, fenómeno derivado de las crisis económicas que obligan a todos los miembros de un hogar, incluyendo a los niños, a salir a trabajar, como una estrategia de sobrevivencia que se observa en las familias pobres.

El cuadro 2 muestra los índices de uso de estas sustancias entre los niños que viven en la calle y entre los que trabajan como empacadores en supermercados o en otros espacios abiertos (10, 11). Como se ha mencionado, el uso de esas sustancias ha mostrado una disminución en otros grupos de la población donde su consumo ha sido desplazado por la cocaína (2, 28).

### Estimulantes del tipo de las anfetaminas

En contraste con la larga historia de las drogas de origen vegetal como la heroína y la cocaína, en la década pasada el fenómeno de las drogas sintéticas resurgió ligado a los estilos de vida y a la identidad de grupo de los jóvenes. La primera “ola” estuvo ligada a la producción de alucinógenos sintéticos, principalmente el LSD, en la segunda mitad del siglo XX, y la segunda, a la producción de estimulantes del tipo de las anfetaminas (ETA). Inmediatamente después de su introducción en la práctica médica en la década de 1930, la anfetamina y la metanfetamina, consideradas como la primera generación de drogas del grupo ETA, se empezaron a usar con fines no medicinales. En términos geográficos, el consumo de las ETA se extendió gradualmente desde algunos países hasta sus vecinos de la misma región, y después a otras áreas del mundo. A partir de mediados de 1990, el abuso de ETA se considera como un fenómeno global, a pesar de que diferentes sustancias predominan en distintas partes del mundo; se ha calculado que su consumo afecta a 6 de cada 1000 personas de 15 años de edad en adelante en el mundo entero.

Los índices de prevalencia difieren de manera significativa de país a país. Aproximadamente la mitad

de los usuarios se encuentra en Asia; el continente americano y Europa representan una tercera parte, y su uso también ha sido documentado en Sudamérica y África. Aproximadamente 0.2% de la población mundial, que representa a 7 millones de personas de 15 años de edad en adelante, consume la forma de anfetamina conocida como “éxtasis”. Según el Programa de Control de Drogas de las Naciones Unidas, 60% del consumo mundial se concentra en Europa. Norteamérica y Europa occidental, en su conjunto, representan casi 85% del consumo mundial. En el año 2000, Europa Occidental, a diferencia de lo ocurrido a mediados de 1990 cuando casi todos los países informaron que había incrementos, presentó una tendencia estable o al decremento, mientras que, en el continente americano, en Asia, África y Oceanía la tendencia apuntó al aumento (16). En México, a su vez, se ha calculado que afecta a menos de 0.1% de la población de 12 a 65 años de edad (21).

La producción ilícita de estimulantes del tipo de las anfetaminas (ETA) ha tenido lugar en Estados Unidos y Europa occidental desde 1960; después se extendió al Este europeo en la década de 1980, y en la de 1990 a casi todas las regiones.

Mientras que el tráfico de la mayor parte de las drogas es interregional, el tráfico de los estimulantes del tipo de las anfetaminas es principalmente intrarregional, es decir, la producción y consumo se presentan generalmente en la misma región, y a veces en el mismo país. En el año 2000 el tráfico de ATS continuó con una tendencia al incremento, lo cual es principalmente el resultado de los aumentos en Asia del Este y sudeste, donde tienen lugar las tres cuartas partes de los decomisos mundiales de estas drogas. China presenta 54%, Tailandia 19% y los Estados Unidos de Norteamérica y Europa Occidental 7%. El “éxtasis”, todavía se produce en Europa y en la década de 1990 el tráfico de este continente a los Estados Unidos de Norteamérica y otros países aumentó de una manera significativa (UN 23). La confiscación de esta sustancia se incrementó cuatro

veces entre 1990 y 1998, mientras que las confiscaciones de heroína y cocaína aumentaron solamente 50% (23).

Las metanfetaminas y otros estimulantes del tipo de las anfetaminas (ETA) son los preferidos en varias partes del mundo, particularmente en los Estados Unidos de Norteamérica. En Australia y en la mayor parte de los países de Europa occidental, los ETA son, después de la *Cannabis*, el grupo de drogas ilegales con mayor consumo. En Japón aproximadamente 90% de todos los casos de confiscación y todos los arrestos relacionados con drogas en 1998 involucraban a las metanfetaminas. En Tailandia estas sustancias desplazaron a la heroína que fue la droga más consumida a finales de la década de 1990 (3). En México su uso ha sido documentado a partir de 1994 (2).

## PERSPECTIVAS

En este contexto los Estados miembros de las Naciones Unidas firmaron una Declaración de Principios para la Reducción de la Demanda, dentro de la cual, tal como se reconoce en el Informe Mundial sobre Drogas de las Naciones Unidas 2000, "México juega un papel clave" (23). La declaración política de la Sesión Especial de la Asamblea General, en junio de 1998, abrió el camino para un abordaje balanceado entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta.

La Declaración de los Principios Conductores de la Reducción de la Demanda de Droga reconoce la necesidad de desarrollar un plan de acción global dentro de los niveles más altos del gobierno o del compromiso político: evaluar el fenómeno para desarrollar acciones que respondan a manifestaciones específicas del problema de drogas en cada país. Por ello se propiciará la coparticipación para trabajar con poblaciones vulnerables o especiales enfocando sus necesidades específicas, disseminando información y educando, a fin de enviar el mensaje adecuado y desarrollar programas de entrenamiento y coordinación basados en la experiencia. En este año 2003, los gobiernos informarán sobre sus avances.

Nuestro reto consiste en desarrollar políticas orientadas a asegurar:

- i) el derecho de los niños y los adolescentes a crecer en un entorno protegido de las consecuencias adversas derivadas del abuso de sustancias;
- ii) el derecho de todas las personas a una vida protegida contra accidentes, violencia y otras consecuencias provocadas por el abuso de drogas;
- iii) recibir información válida y confiable y educa-

ción desde las primeras etapas del desarrollo, sobre las consecuencias negativas del abuso tanto en la salud personal como en el bienestar de la familia y la sociedad;

- iv) el derecho de las personas que consumen drogas con niveles de riesgo y daño a su familia, a recibir tratamientos diseñados para atender a las necesidades específicas de los subgrupos de la población, incluyendo a las mujeres, indígenas, a otros grupos generalmente marginados, y a aquellos que viven en la pobreza extrema;
- v) el derecho que tienen todas las personas que han optado por no usar drogas, debido a razones de salud, religión u otro tipo, a ser protegidas contra las presiones que propician su consumo y a recibir apoyo en su proyecto de abstinencia.

## REFERENCIAS

1. CASTRO ME, ROJAS E, GARCIA G, DE LA SERNA J: Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9(4):80-85, 1986.
2. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: Demanda de tratamiento. En: *Observatorio Epidemiológico en Adicciones*. SSA, México, 2001.
3. COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS: First biennial report of the Executive Director on the implementation of the outcome of the twentieth special session of the General Assembly, devoted to countering the world drug problem together. E/CN.7/2001/2. 2000.
4. CONASIDA: *Situación Epidemiológica del SIDA, SIDA/ETS*. Epidemiología, SSA, México, 1998.
5. DE LA SERNA J, ROJAS E, ESTRADA MA, MEDINA-MORA ME: Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989. *Anales*. Reseña de la VI Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 183-187, México, 1991.
6. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD: Report 2001. United Nations, Viena, 2002.
7. MAKELA K, ROOM R, SINGLE E y cols.: Alcohol Society and the State: 1. A comparative study of alcohol control. Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.
8. MEDINA-MORA ME, ROJAS E, JUAREZ F, BERENZON S, CARREÑO S, GALVAN J, VILLATORO J, LOPEZ E, OLMEDO R, ORTIZ E, ÑEQUIZ G: Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16(3):2-8, 1993.
9. MEDINA-MORA ME y cols.: Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Medica Mexico*, 131:383-387, 1995.
10. MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, FLEIZ C: Uso indebido de sustancias. En: *Estudio de Niños, Niñas y Adolescentes entre 6 y 17 Años*. Trabajadores en 100 ciudades. 7:369-374, 1999.
11. MEDINA-MORA ME: Estudio de Niñas, Niños y Jóvenes Trabajadores en el Distrito Federal. Capítulo de *Abuso de Sustancias*. DIF/UNICEF, México, 2000.

12. MEDINA-MORA ME, CRAVIOTO P, VILLATORO J y cols.: Estudios en población general: Encuestas de Hogares. En: *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones*. SSA, México, 2001.
13. MERIKANGAS KR, MEHTA RL, MOLNAR BE, WALTERS EE, SWENDSEN JD, AGUILAR-GAXIOLA SA, BIJL R, BORGES G, CARAVEO-ANDUAGA JJ, DEWIT DJ, KOLODY B, VEGA WA, WITTCHEN H, KESSLER RC: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23:893-907, 1998.
14. MUSTO D: Pautas en el abuso de drogas y la respuesta en Estados Unidos. En: *El Combate a las Drogas en América*. Smith PH (comp). Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
15. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. COMMUNITY EPIDEMIOLOGY WORKING GROUP (CEW): *Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, 1976-2001. Advance Report, NIH publication No. 01-4915 A, 2001.
16. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS Y DE PREVENCIÓN DEL DELITO (UN ODCCP): *Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas 2002*. Estudios de la OFDPD sobre drogas y delito. Estadísticas. ISBN 92-1-348076-8, Nueva York, 2002.
17. ORTIZ A, RODRIGUEZ E, UNIKEL C, GALVAN J, SORIANO A, FLORES J: Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias 1987-1999. Instituto Mexicano de Psiquiatría. En: *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones*. SSA, México, 2001.
18. ROBLES F, RODRIGUEZ E, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, RUZ M, FLEIZ C: Resultados definitivos. Informe ejecutivo. DIF, UNICEF, PNUFID. ISBN 968-826-000-2, México, 1999.
19. SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA: *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, 1988.
20. SECRETARIA DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA: *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, 1993.
21. SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES. *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1998.
22. TAPIA-CONYER R, KURI P, CRAVIOTO P y cols.: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). En: *Observatorio Epidemiológico en Adicciones*. CONADIC, SSA, México, 2001.
23. UNITED NATIONS: *World Drug Report*. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Gran Bretaña, 2000.
24. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION (UN ODCCP): ISBN 92-1-148140-6, Nueva York, 2001.
25. VEGA L, GUTIERREZ R: La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como "de la calle". *Salud Mental*, 21(2):1-9, 1998.
26. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, BERENZON S, JUAREZ F, ROJAS E, CARREÑO S: Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction*, 93(10):1577-1588, 1998.
27. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, CARDIEL H, FLEIZ C, ALCANTAR E, HERNANDEZ S, PARRA J, ÑEQUIZ G: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997. *Salud Mental*, 22(1):18-30, 1999.
28. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, FLEIZ C y cols.: Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior. Ciudad de México. En: *Observatorio Epidemiológico en Adicciones*, SSA, México, 2001.