



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES

Vol. LV, núms. 1 y 2, 2003

**La práctica de la epidemiología
del uso indebido de drogas**

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO
Viena

BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES

Vol. LV, núms. 1 y 2, 2003

**La práctica de la epidemiología
del uso indebido de drogas**



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2004

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
Núm. de venta: S.04.XI.5
ISBN 92-1-348091-1
ISSN 0251-7086

Sandeep Chawla, editor,
Yolanda Luna, asistente de edición

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
Centro Internacional de Viena
P.O. Box 500
A-1400 Viena, Austria

Teléfono: + (43) (1) 26060-4654
Facsimile: + (43) (1) 26060-5866

El *Boletín* está disponible en la World Wide Web en www.unodc.org

El 1 de octubre de 2002, la Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito pasó a ser la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito incluye el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID).

Las opiniones expresadas en artículos firmados son las de sus autores y no necesariamente reflejan las opiniones de la Secretaría de las Naciones Unidas.

PREFACIO

El *Boletín de Estupefacientes* es una publicación de la Organización de las Naciones Unidas que viene apareciendo desde 1949. Se imprime en los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas: árabe, chino, español, francés, inglés y ruso.

El *Boletín* proporciona información sobre las novedades en materia de fiscalización de drogas en los planos local, nacional, regional e internacional que es de interés para la comunidad internacional.

El presente número doble del *Boletín* (Vol. LV, núms. 1 y 2) está dedicado a la práctica de la epidemiología del uso indebido de drogas. El número anterior (vol. LIV, núms. 1 y 2) estuvo dedicado a la ciencia de la epidemiología del uso indebido de drogas. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito desea expresar su agradecimiento a Zili Sloboda, editora invitada de estos dos volúmenes del *Boletín*. Se agradece también en particular la colaboración de Paul Griffiths y Rebecca McKetin, quienes planificaron estos dos volúmenes mientras trabajaban en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

POLÍTICA EDITORIAL Y DIRECTRICES DE PUBLICACIÓN

El editor invita a individuos y organizaciones a que contribuyan al *Boletín* artículos que traten de políticas, enfoques, medidas y novedades (teóricas o prácticas) relativas a los diversos aspectos de las actividades de la fiscalización de las drogas. De particular interés son los resultados de investigaciones, estudios y experiencias prácticas que puedan proporcionar información útil a los entes normativos, los especialistas y los expertos, así como a la población en general.

Todos los manuscritos presentados para su publicación en el *Boletín* deben ser obras académicas y originales que no hayan sido publicadas en ninguna otra parte o que no se presenten simultáneamente para su publicación en otra parte. La obra debe ser de una calidad profesional relativamente alta, acorde con los requisitos de una publicación técnica de las Naciones Unidas. Se ruega a los que contribuyan con artículos que ejerzan discreción en cuanto a su contenido, a fin de excluir todo juicio crítico de una situación nacional o regional determinada.

El formato preferido para la transmisión de los manuscritos es Word. Cada manuscrito debe presentarse en una copia impresa original y en una disquete de 3,5 pulgadas, en Word para el texto y en Excel para los gráficos y los cuadros, en cualquiera de los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas: árabe, chino, español, francés, inglés o ruso. El manuscrito debe ir acompañado de un resumen de aproximadamente 200 palabras y de un conjunto completo de referencias numeradas en el orden en que aparecen en el texto y de una lista de nociones clave. El manuscrito debe tener entre 10 y 20 páginas mecanografiadas a doble espacio, incluidos los cuadros, los gráficos y las referencias. Los cuadros no deben necesitar más explicación y deben complementar, no duplicar, la información suministrada en el texto.

Los manuscritos, junto con breves currículos de sus autores, se deben enviar al editor, *Boletín de Estupefacientes*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Centro Internacional de Viena, P.O.Box 500, A-1400 Viena (Austria). En la carta de envío se debe designar a un autor como corresponsal e incluir su dirección completa, número de teléfono, número de facsímil y, si se dispone de ella, la dirección de correo electrónico (e-mail). Los manuscritos que no se publiquen se devolverán a los autores; no obstante, las Naciones Unidas no pueden asumir responsabilidad alguna en caso de que se pierdan.

Las opiniones expresadas en los artículos firmados que se publiquen en el *Boletín* son las de sus autores y no reflejan necesariamente las de la Secretaría de las Naciones Unidas. Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene esta publicación no implican juicio alguno de parte de la Secretaría acerca de la condición jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

El material publicado en el *Boletín* es propiedad de las Naciones Unidas y está amparado por el régimen de la propiedad intelectual, de conformidad con las disposiciones del Protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derechos de Autor, relativo a la aplicación de esa Convención a las obras de ciertas organizaciones internacionales.

Reimpresiones, compras y suscripciones

Todos los números del *Boletín* (desde el vol I, núm. 1 (1949) al presente número) están disponibles en el sitio de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en la Web (www.unodc.org).

Los siguientes números especiales del *Boletín* también están disponibles como publicaciones de las Naciones Unidas:

1992

Función de los organismos de fiscalización del uso indebido de drogas (vol. XLIV, núm. 1)
El impacto ambiental del uso indebido de drogas (vol. XLIV, núm. 2)

1993

Cuestiones de política relacionadas con el uso indebido de drogas y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (vol. XLV, núm. 1)

Detección de drogas en el lugar de trabajo (vol. XLV, núm. 2)

1994

La familia y el uso indebido de drogas (vol. XLVI, núm. 1)

Número general sobre el uso indebido de drogas (vol. XLVI, núm. 2)

1995

Número especial sobre el género y el uso indebido de drogas (vol. XLVII, núms. 1 y 2)

1996

Número especial sobre la evaluación rápida del uso indebido de drogas (vol. XLVIII, núms. 1 y 2)

1997 y 1998

Cannabis: novedades recientes: número doble (vol. XLIX, nos. 1 y 2, y vol. L, núms. 1 y 2)

1999

Monografías (vol. LI, núms. 1 y 2)

2000

Costos económicos y sociales del uso indebido de sustancias (vol. LII, núms. 1 y 2)

2001

Política dinámica de drogas: Comprensión y control de las epidemias de drogas (vol. LIII, núms. 1 y 2)

2002

La ciencia de la epidemiología del uso indebido de drogas (vol. LIV, núms. 1 y 2)

Para reproducir artículos firmados debe solicitarse autorización al Secretario de la Junta de Publicaciones, Naciones Unidas, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos de América.

Para comprar números del *Boletín* y para suscribirse al *Boletín*, se ruega escribir a una de las siguientes direcciones:

Para América del Norte, América del Sur, Asia y Oceanía:

Jefe

de la oficina de Ventas y Comercialización de Nueva York

Publicaciones de las Naciones Unidas

Sede de las Naciones Unidas

Nueva York NY 10017

Estados Unidos de América

Para África, Europa y el Oriente Medio:

Jefe

de la oficina de Ventas y Comercialización de Ginebra

Publicaciones de las Naciones Unidas

Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra

Palais des Nations

CH-1211 Ginebra 10

Suiza

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefacio	iii
Establecimiento de una perspectiva mundial de las pautas y tendencias del consumo de drogas: un desafío para la epidemiología de las drogas <i>por P. Griffiths y R. McKetin</i>	1
La influencia de la epidemiología en la política de fiscalización de drogas <i>por D. F. Musto y Z. Sloboda</i>	11
Determinación de políticas basadas en las pruebas: estudio de casos del sistema de información sobre drogas ilícitas de Australia <i>por L. Topp y R. McKetin</i>	27
La experiencia de la red de ciudades múltiples del Grupo Pompidou, 1983-2002 <i>por R. Bless</i>	37
Las tendencias de las drogas en los Estados Unidos de América: la función del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria como parte de un sistema amplio de información sobre drogas <i>por Z. Sloboda y N. J. Kozel</i>	49
La epidemiología de las drogas en las instituciones europeas: antecedentes históricos e indicadores clave <i>por R. L. Hartnoll</i>	61
La red epidemiológica del Caribe: la compleja tarea de desarrollar una perspectiva regional <i>por K.-G. Douglas y J. Hillebrand</i>	83
El desarrollo de la Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso Indebido de Drogas: métodos y cuestiones <i>por C.D.H. Parry, A. Plüddemann y J. Strijdom</i>	93
Problemas que plantea el desarrollo de sistemas de información sobre drogas en África <i>por M. Warner-Smith</i>	105
México: sistemas para el diagnóstico epidemiológico del uso indebido de drogas <i>por M. E. Medina-Mora, P. Cravioto, A. Ortiz, P. Kuri, J. Villatoro</i> ..	117
Tendencias de la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en la Federación de Rusia <i>por E. A. Koshkina</i>	133
Cuestiones relacionadas con la detección de una disminución en la oferta de drogas: la escasez de heroína en Australia en 2001 <i>por L. Degenhardt, L. Topp y C. Day</i>	143

Establecimiento de una perspectiva mundial de las pautas y tendencias del consumo de drogas: un desafío para la epidemiología de las drogas

P. GRIFFITHS y R. MCKETIN

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

RESUMEN

La finalidad del presente artículo es examinar los progresos en los empeños por mejorar la información sobre el consumo de drogas a nivel mundial. En el artículo se examinan los avances metodológicos logrados mediante la colaboración de expertos y organizaciones internacionales en el campo de la epidemiología del uso de drogas en dos reuniones mundiales. La primera se celebró en enero de 2000 para establecer un consenso sobre los principios, estructuras e indicadores que sostienen los sistemas de información de drogas, y la segunda en diciembre de 2001 para examinar los métodos utilizados por las redes regionales de epidemiología e identificar oportunidades para el desarrollo metodológico, la colaboración futura y la mejora de las prácticas de trabajo. En las deliberaciones celebradas durante esas reuniones se logró establecer un marco para mejorar las prácticas de reunión de datos en el plano mundial, y se determinó que se habían hecho considerables progresos en la cobertura y la calidad de los datos reunidos. El empleo de redes de información sobre drogas ha cumplido una función clave en este proceso de desarrollo al fomentar la reunión e interpretación sistemáticas de datos y proporcionar un foro para compartir información y experiencias de diferentes disciplinas y regiones geográficas. Los desafíos que restan en materia de reunión de datos en el plano mundial se refieren al desarrollo de métodos robustos de bajo costo para reunir datos que se puedan adaptar a todas las regiones del mundo, así como a la necesidad de una colaboración interregional permanente para impulsar este proceso.

Nociones clave: sistemas de información sobre drogas; tendencias en materia de drogas; uso indebido de drogas; epidemiología; métodos; reunión de datos; redes; mundial.

Introducción

Aunque hay países que pueden sostener que han logrado controlar la demanda de drogas ilícitas, el uso indebido continúa creciendo en todo el mundo. En particular, el uso indebido de drogas ilícitas en algunos países ha aumentado en forma extraordinaria. No obstante, los datos sobre la escala del uso de drogas ilícitas

siguen siendo inadecuados, y la comprensión de las pautas y las tendencias es limitada. Para poder establecer políticas eficaces de reducción del uso indebido de drogas, los gobiernos necesitan datos sobre cuándo, dónde y por qué las personas usan drogas ilícitas. Las pautas del uso de drogas trascienden las fronteras nacionales, debido a que usuarios de todas las regiones del mundo tienen acceso a una gran diversidad de drogas y a que las tendencias sociales se propagan con mayor rapidez, particularmente entre los jóvenes, gracias a las mejores comunicaciones. La mundialización del uso de drogas significa que las políticas de reducción de la demanda, y el sistema de información en que se basan, también deben ser mundiales.

No es fácil obtener una visión amplia de las pautas y tendencias mundiales del consumo de drogas ilícitas. En el plano mundial, hay un mecanismo diseñado para compaginar un panorama general de la situación mundial del uso de drogas, a saber: la parte II del cuestionario para los informes anuales titulada "Magnitud, características y tendencias del uso indebido de drogas" [1]. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas usan el cuestionario para cumplir sus obligaciones en virtud de los tratados de fiscalización de drogas relativas a la comunicación de datos sobre diversos aspectos del problema de las drogas ilícitas a la Comisión de Estupefacientes. El cuestionario se utiliza para reunir datos mundiales sobre un conjunto acordado de indicadores básicos del consumo de drogas utilizando tres niveles de información: resúmenes de opiniones de expertos, datos cualitativos parciales o no normalizados y datos cuantitativos normalizados. Aunque el cuestionario sólo tiene por objeto establecer un conjunto de datos resumidos, proporciona un vehículo útil para alentar la adopción de métodos de reunión de datos de fuentes múltiples e indicadores básicos armonizados, y puede proporcionar una estructura básica para las actividades de reunión de datos. Los países que adoptan las medidas básicas que figuran en el formulario también aseguran que las actividades de reunión de datos permitan obtener información que sea compatible con las normas internacionales. El actual panorama de la situación mundial de las drogas se establece utilizando los datos del cuestionario junto con otro material publicado sobre consumo de drogas, y depende mucho de los datos proporcionados por los sistemas de información sobre drogas nacionales y regionales [2]. Con todo, la información sobre la situación mundial de las drogas es incompleta, los datos de muchas regiones son de baja calidad y no hay normas sobre comparabilidad de los informes. La armonización de las actividades y los métodos de reunión de datos mundiales, la adopción de métodos adecuados de reunión de datos y el desarrollo de la capacidad para reunir datos son elementos fundamentales para mejorar la base de información mundial sobre las drogas. En el presente artículo se examinan los progresos logrados hasta la fecha en relación con estas metas.

Principios rectores de la reunión de datos

Un aspecto integral de los empeños por mejorar los datos internacionales sobre el consumo de drogas es la armonización de las actividades y los métodos de reunión de datos. En enero del 2000 se dio un primer paso importante para lograr

la armonización, con la celebración de una reunión conjunta de representantes de órganos internacionales y redes regionales de información sobre drogas, así como otros expertos técnicos, para examinar los principios, las estructuras y los indicadores necesarios para asegurar la eficacia de un sistema de información sobre drogas [3]. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías fue el anfitrión de la reunión en Lisboa, que contó con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas en el marco del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas. El grupo de expertos internacionales prestó particular atención al desarrollo de un conjunto de indicadores epidemiológicos básicos de la demanda para evaluar el consumo de drogas en el plano mundial. Se llegó a un consenso sobre los siguientes indicadores básicos de la demanda de drogas:

- a) El consumo de drogas entre la población en general;
- b) El consumo de drogas entre los jóvenes;
- c) El uso indebido de drogas de alto riesgo;
- d) La utilización de servicios relativos al problema de las drogas;
- e) La morbilidad relacionada con las drogas;
- f) La mortalidad relacionada con las drogas.

Estos indicadores se escogieron porque pertenecen a esferas en que se consideró posible la reunión regular de datos, por lo menos en algunos países, y no tienen por objeto constituir una base de información amplia que permita abordar todas las necesidades de información en los planos regional o nacional.

Además de un consenso sobre los indicadores básicos del consumo de drogas, hubo acuerdo sobre los principios en que se deben basar las actividades de reunión de datos. La reunión de datos significativos sobre consumo de drogas debe orientarse por los siguientes principios amplios:

- a) Los datos deben ser actuales y pertinentes a las necesidades de los encargados de establecer políticas y los proveedores de servicios;
- b) Aunque por sí solos no son suficientes para obtener una comprensión general de las pautas del consumo de drogas, las actividades para mejorar la comparabilidad y la calidad de los datos en el plano internacional deben hacer hincapié en un número limitado de indicadores y un conjunto manejable de datos básicos prioritarios;
- c) Los indicadores simples del consumo de drogas deben ser objeto de un análisis apropiado antes de extraer conclusiones estratégicas. El análisis y la interpretación de datos estadísticos básicos resultan mucho más eficaces cuando se combinan con la investigación, tanto cualitativa como cuantitativa, y con información más amplia sobre el contexto;
- d) Los enfoques de métodos y fuentes múltiples son particularmente convenientes para la reunión y el análisis de datos sobre el consumo de drogas y sus consecuencias;

- e) Los datos deben reunirse ajustándose a buenos principios metodológicos científicos a fin de garantizar su fiabilidad y validez;
- f) Los métodos se deben poder adaptar a las diferentes culturas y contextos en que se han de utilizar, y deben ser sensibles a ellos;
- g) Los métodos de reunión, análisis y comunicación de los datos deben ser coherentes y comparables a fin de facilitar exámenes significativos de los cambios, las similitudes y las diferencias del fenómeno de las drogas;
- h) Los métodos y las fuentes de información se deben establecer claramente y estar sujetos a examen;
- i) La reunión y comunicación de datos deben realizarse de conformidad con normas aceptadas de ética de la investigación;
- j) La reunión de datos debe ser viable y eficaz en función de su costo en relación con el contexto nacional en que se realiza.

Se reconoció que la determinación de buenos métodos solamente no basta para mejorar la capacidad de reunión de datos. También es necesario desarrollar redes y estructuras de organización apropiadas para proporcionar la infraestructura necesaria de apoyo a la reunión de datos. Por lo tanto, es necesario mejorar la capacidad de canalizar e interpretar información sobre consumo de drogas, y esto depende de una combinación de buenos métodos, experiencia humana y disponibilidad de los recursos apropiados. También se requieren capacitación y apoyo técnico, apoyo político permanente e inversiones para asegurar la sostenibilidad y el éxito de los sistemas de reunión de datos. Si bien la reunión de datos debe ser eficaz en función de su costo en relación con los recursos disponibles dentro de un país, también hay que aceptar que la inversión en actividades de reunión de datos es tan necesaria como eficaz en función de los recursos, en el sentido de que mejora el desarrollo, la asignación y la evaluación de otras inversiones en actividades de reducción de la demanda.

La situación mundial en materia de información sobre drogas

Los principios para reunir datos sobre el consumo de drogas identificados durante la reunión de Lisboa se transmitieron al Curso Práctico Mundial sobre sistemas de información sobre drogas: actividades, métodos y futuras oportunidades, una reunión de expertos técnicos que representaban a sistemas de información sobre drogas y órganos internacionales pertinentes, celebrada en Viena del 3 al 5 de diciembre de 2001. El curso práctico proporcionó un foro de colaboración para actualizar importantes aspectos de las tendencias del consumo de drogas; examinar los diversos métodos utilizados por las redes regionales de epidemiología e identificar oportunidades para el desarrollo de metodologías, la colaboración futura y la mejora de las prácticas de trabajo [4]. La siguiente evaluación de la situación en materia de reunión de datos se basa en los resultados de esa reunión, combinados con un examen de otros informes recientes pertinentes.

En los últimos años se han logrado progresos considerables en el desarrollo de redes y sistemas de información sobre drogas. Los gobiernos de países tanto desarrollados como en desarrollo están ahora más convencidos del valor de este tipo de trabajo y sus inversiones en estas actividades han aumentado en la forma correspondiente. Se han establecido nuevas redes regionales y las redes existentes han ampliado sus actividades. Además, se ha producido un movimiento hacia la adopción de enfoques bastante similares, con frecuencia incorporando métodos de indicadores múltiples. En cierta medida, la similitud de los enfoques adoptados sólo refleja un creciente consenso sobre lo que constituye una buena práctica en esta esfera. Además, ha habido un movimiento hacia la adopción de categorías de informes comunes, lo que permite una comparación más internacional de los datos. Estas actividades han mejorado tanto la calidad como la cantidad de la información sobre el consumo de drogas reunida.

Una característica común del desarrollo de la mayoría de las redes regionales es el uso de grupos de expertos técnicos y centros de coordinación para la reunión de información, combinado con la utilización de indicadores normalizados. Las redes regionales han reunido a países con experiencias y problemas similares, y esto ha facilitado el intercambio de conocimientos y el desarrollo de métodos sensibles a las culturas y las condiciones locales. Las mejoras en la capacidad regional de reunión de datos se han logrado mediante un proceso de desarrollo que reconoce la necesidad de configurar los enfoques de reunión de datos para que se ajusten a las circunstancias nacionales, apreciando al mismo tiempo los beneficios de la adopción de medidas armonizadas y principios metodológicos probados. Todavía hay margen para incrementar la colaboración entre las regiones a fin de compartir recursos técnicos y experiencias, mejorar la coordinación de los trabajos en esferas de interés común y seguir prestando apoyo a los avances logrados en el desarrollo de enfoques comunes y medidas normalizadas. El desarrollo de redes facilita también el diálogo entre científicos y entes normativos, diálogo que puede ayudar a asegurar que los datos reunidos sean adecuados para el establecimiento de políticas. Los órganos rectores de muchos países reconocen ahora el valor de la información correcta, así como de la infraestructura necesaria para proporcionar esa información.

Aunque es evidente que ha habido progresos, quedan por delante considerables desafíos. En particular, sigue habiendo una necesidad apremiante de desarrollar métodos de seguimiento de bajo costo para países en desarrollo. Aunque con frecuencia se utilizan estudios de la población en general para medir la extensión del uso de drogas, estos tipos de estudios en gran escala no son opciones viables para muchos países en desarrollo en razón de su costo y de los aspectos logísticos de su realización. Además, esas técnicas no proporcionan estimaciones precisas del uso de drogas problemático de prevalencia baja, que es más común entre los grupos marginados, como los de usuarios de drogas que se inyectan. Se están utilizando cada vez más otras técnicas de estimación estadística para determinar la prevalencia entre poblaciones marginadas, como los usuarios de heroína o los toxicómanos que se inyectan. Es probable también que estas técnicas sean más apropiadas en países en que la desconfianza que impide la participación en estudios de actitudes públicas puede dar lugar a una subestimación del uso de drogas. Existe

una necesidad de compartir las experiencias de países que han utilizado métodos estadísticos indirectos para estimar la prevalencia y desarrollar directrices para la aplicación de esas técnicas en las regiones en desarrollo.

Una esfera en que se han logrado considerables progresos es la del desarrollo y la realización de estudios en las escuelas. La mejor cobertura mundial y comparabilidad de los métodos utilizados en los estudios en las escuelas significa que esta fuente de datos ya está proporcionando detalles considerables acerca de las pautas del uso de drogas en el mundo. Por ejemplo, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas ha establecido los estudios en las escuelas como una de sus esferas prioritarias de reunión de datos para América y espera obtener de todos los países participantes datos reunidos con arreglo a un formato común [5]. El Proyecto Europeo de Estudios en las Escuelas sobre el Alcohol y otras Drogas contó con la participación de 30 países europeos en su última ronda de reunión de datos [6]. La Red de Información sobre Drogas del Caribe está planeando coordinar los estudios en las escuelas en por lo menos diez países durante 2002-2003 [7]; se cuenta también con datos de estudios en las escuelas de varios países de Asia [8]. Existe un potencial considerable para aumentar la cobertura y la comparabilidad de los datos de estudios en las escuelas a mediano plazo, y, por lo tanto, es probable que esta fuente de datos cumpla una función cada vez más importante como indicadora de la exposición de la población a los fines de las comparaciones internacionales y los análisis de las tendencias. Cabe señalar, sin embargo, que los datos de los estudios en las escuelas no resultan muy adecuados con respecto al uso de drogas crónico o problemático (por ejemplo, la inyección de heroína), ya que esas pautas de uso de drogas con frecuencia no se inician hasta que los niños terminan la escuela, y también es más probable que se produzcan entre los jóvenes fuera de la escuela (por ejemplo, los niños de la calle o los que faltan a las clases constantemente). Otro problema que impide mejorar la cobertura de los datos de los estudios en las escuelas es que en muchos países en desarrollo la asistencia a la escuela no es universal y puede terminar a una edad temprana. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias para mejorar la cobertura y los resultados de los estudios en las escuelas y entre los jóvenes de los países en desarrollo, en que la organización de los servicios de educación impone requisitos particulares al enfoque metodológico.

La comunicación de la asistencia a centros de tratamiento de drogas sigue siendo un elemento básico de la mayoría de los sistemas de información sobre las drogas. La comparabilidad y cobertura de estos datos se ven complicadas por la naturaleza heterogénea del tratamiento de las toxicomanías en los diferentes países. La inclusión selectiva de servicios médicos o psiquiátricos en la reunión de datos ha mejorado la cobertura en muchas regiones, y se ha mejorado la calidad y la comparabilidad de los datos mediante la reunión regular de estos datos y el uso de criterios de diagnóstico estándar. Hay muchas posibilidades para perfeccionar la reunión de datos sobre tratamiento mediante un consenso sobre definiciones comunes y buenas prácticas metodológicas, junto con la adaptación de los métodos de reunión de datos a entornos de tratamiento no especializado que proporcionan tratamiento a individuos que dependen de las drogas. Otra esfera con

potencial de desarrollo es la integración de métodos de seguimiento epidemiológico con instrumentos clínicos de gestión de casos. Muchos países están mejorando su reunión de información en estas dos esferas. En términos de recursos, por lo tanto, podría ser conveniente que los países en desarrollo, en particular, adoptaran modelos que proporcionen datos resumidos con fines de seguimiento y que al mismo tiempo satisfagan las necesidades de información de los clínicos para seguir la evolución de los pacientes dentro de los servicios.

Con la excepción de los registros de asistencia a centros de tratamiento de toxicomanías especializados, muy pocas regiones tienen datos amplios sobre morbilidad y mortalidad relacionadas con las drogas. Se presta particular atención al seguimiento de la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otros virus entre los usuarios de drogas que se inyectan; no obstante, la cobertura de los datos varía y hay una necesidad crítica de mejorar la capacidad de reunión de datos en las regiones en desarrollo. Es necesario seguir desarrollando métodos robustos de bajo costo para estimar la prevalencia de la inyección de drogas, y adaptarlos a las regiones en desarrollo. Este proceso facilitaría la estimación de la cobertura potencial y real de las intervenciones relacionadas con el uso de drogas por inyección. Además, hay que desarrollar mecanismos para mejorar la sensibilidad de los sistemas de información sobre drogas a la aparición de nuevas poblaciones que se inyectan. El comportamiento de riesgo de transmisión del VIH también debe vigilarse.

Otra novedad es la inclusión, en los sistemas de información sobre drogas, de los resultados de los exámenes para determinar el uso de drogas entre los detenidos. Éste es un indicador relativamente nuevo, pero corresponde a una esfera importante para las políticas, concretamente, la relación entre las pautas del uso de drogas y el comportamiento delictivo. Los acontecimientos ocurridos en la Unión Europea también parecen indicar que se pueden obtener considerables beneficios de la combinación de los datos epidemiológicos con datos forenses sobre la naturaleza y la composición de las sustancias disponibles en el mercado ilícito. Hasta la fecha, el desarrollo de esta esfera ha sido deficiente y cuando se reúne información por lo general no se la coloca en el contexto del seguimiento epidemiológico. Ahora bien, se están logrando algunos progresos en la utilización de este tipo de información para seguir las tendencias de las nuevas drogas sintéticas en toda Europa. Una esfera prioritaria general en el desarrollo de actividades de reunión de datos es el establecimiento de normas de ética en este campo, en particular con respecto al uso de los registros de drogas y los exámenes biológicos y en las regiones en que los procedimientos para asegurar el cumplimiento de normas de ética no están institucionalizados. Es necesario apoyar este proceso mediante el desarrollo de directrices de ética para la reunión de información sobre uso de drogas ilícitas.

Se han identificado varias medidas para hacer frente a los desafíos pendientes que enfrenta la reunión de datos a nivel mundial y para sostener los progresos ya logrados en este campo. Estas medidas consisten en una mejor colaboración interregional, en particular para compartir los métodos y recursos entre las regiones a fin de mejorar el consenso sobre buenas prácticas epidemiológicas sobre el uso de

drogas. El intercambio de experiencias sobre cuestiones de ética de la epidemiología del uso de drogas también ayudaría a establecer normas de ética para la reunión de datos sobre el uso de drogas, en particular en regiones en desarrollo, en que esas normas no están institucionalizadas. En términos generales, los sistemas deben incorporar una gama más amplia de fuentes de información, especialmente las relativas a poblaciones no institucionales y al lado de la oferta, a fin de mejorar su sensibilidad a las nuevas tendencias en materia de drogas. Por último, las actividades de reunión de datos deben estar vinculadas a la política y a la ejecución de actividades de reducción de la demanda mediante un diálogo permanente entre los encargados de establecer las políticas y los epidemiólogos del uso de drogas.

Resumen

Últimamente han avanzado mucho las actividades para mejorar la reunión de datos, no solo en términos de cobertura de las actividades de reunión de datos, sino también en cuanto a la calidad de los datos reunidos y su utilidad para la formulación de políticas. El empleo de redes de información sobre drogas ha cumplido una función clave en este proceso de desarrollo, al proporcionar una oportunidad para el diálogo entre diferentes sectores de la comunidad y entre diferentes países y regiones. Los progresos de los empeños por mejorar la cobertura de indicadores básicos específicos del uso de drogas en las regiones en desarrollo se han logrado mediante la adaptación de métodos de reunión de datos eficaces en función del costo, en particular estudios en las escuelas y procedimientos indirectos para estimar la extensión del uso de drogas problemático. A este respecto, las redes han cumplido una función crucial al alentar la reunión e interpretación sistemáticas de los datos provenientes de los servicios de tratamiento de toxicomanías, así como otros datos sobre acontecimientos relacionados con las drogas. Todavía quedan obstáculos por superar para mejorar la cobertura de las actividades de reunión de datos y ampliar los sistemas de información sobre drogas para fomentar el desarrollo de actividades de reunión de datos relacionados con las drogas. Una mejor colaboración interregional, con el consiguiente intercambio de recursos técnicos conexos, facilitará la armonización de las actividades de reunión de datos y desarrollo de métodos, lo cual permitirá el seguimiento eficaz en función del costo de las tendencias de las drogas en todas las regiones del mundo.

Referencias

1. "Revisión de la parte II del cuestionario para los informes anuales: nota de la Secretaría" (E/CN.7/2001/3), 5 de febrero de 2001, anexo.
2. Naciones Unidas, "Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas, atendiendo en particular a la propagación del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a causa de la inyección de drogas: Informe de la Secretaría" (E/CN.7/2002/2), 10 de enero de 2002.
3. Naciones Unidas, "Drug information systems: principles, structures and indicators" (E/CN.7/2000/CRP.3), 3 de marzo de 2000.

4. *Curso Práctico sobre sistemas de información sobre drogas: actividades, métodos y oportunidades futuras*, Viena, 3 a 5 de diciembre de 2001.
5. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, *Evaluación del progreso del control de drogas: informe hemisférico 1999-2000* (Washington, D.C., 2000).
6. B. Hibell y colaboradores, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Estocolmo, Consejo sueco para la información sobre los problemas del alcohol y otras drogas (CAN), y Estrasburgo, Grupo Pompidou del Consejo de Europa, 2000).
7. *First Stakeholders' Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project: Meeting Highlights*, Trinidad, 23 a 25 de julio de 2001.
8. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para el Asia meridional, *South Asia Drug Demand Reduction Report* (Nueva Delhi, 2000).

La influencia de la epidemiología en la política de fiscalización de drogas

D. F. MUSTO

*Departamento de Siquiatría, Universidad de Yale, New Haven, Connecticut
(Estados Unidos de América)*

Z. SLOBODA

*Institute for Health and Social Policy, Universidad de Akron, Akron, Ohio
(Estados Unidos de América)*

RESUMEN

Los cambios en el panorama del uso indebido de drogas en los Estados Unidos de América y en otras partes del mundo durante el siglo pasado presagian el porvenir en los campos de la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas en el siglo XXI y en el nuevo milenio. Por primera vez, los profesionales activos en esos campos están preparados para hacer frente al desafío. Los profesionales de la actualidad ya no dependen de la ideología para impulsar sus actividades de investigación. Se dispone ahora de una vasta base de conocimientos que tiene sus fundamentos en la ciencia. Aunque la investigación se deriva de proyectos apoyados por los Estados Unidos y realizados en ese país, la creciente infraestructura de investigación y un cierto número de redes interactivas permiten incorporar en esa base de conocimientos las investigaciones realizadas en otros países. Esas investigaciones y redes interconectadas permitirán a los que están decididos a proteger a las generaciones futuras de las consecuencias psicológicas, sociales y físicas devastadoras del uso indebido de drogas y de las toxicomanías establecer referencias particulares a las drogas ilícitas. A fin de comprender el estado actual de la ciencia relacionada con la investigación epidemiológica en el campo del uso indebido de drogas, es importante examinar los motivos en que se basa la designación de ese uso indebido como peligroso e ilícito. Los intentos de estudiar el uso indebido de drogas estableciendo una infraestructura para apoyar investigaciones epidemiológicas y de otro tipo, en particular la relacionada con el uso de marihuana y de heroína (que dominaron la agenda de investigación en los Estados Unidos durante varias décadas), nacieron de la preocupación por los efectos negativos del uso de drogas. Esas investigaciones proporcionaron información a los interesados en elaborar políticas relativas a la interdicción y la reducción de la demanda. El presente artículo contiene un panorama general del desarrollo histórico de los sistemas de datos epidemiológicos en los Estados Unidos. El examen hace hincapié en los medios para continuar y mejorar la influencia de la epidemiología en las políticas.

Nociones clave: historial del uso indebido de drogas y las políticas de los Estados Unidos; política de investigación epidemiológica (funciones y capacitación).

Perspectiva histórica

Los entes normativos utilizaron estadísticas, con frecuencia epidemiológicas, para reforzar sus políticas durante todo el siglo XX [1]. Realizaron estudios para cuantificar un problema o para obtener una visión general de un problema nacional. Esos estudios fueron en pequeña escala en comparación con los estudios contemporáneos. En el primer cuarto del siglo XX, la profesión farmacéutica y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América realizaron estudios razonables y prudentes de los usuarios de drogas. Un enfoque alternativo a la cuestión de las drogas, sin embargo, fue la manipulación o la creación de “estadísticas” para justificar políticas ya adoptadas o para sensibilizar a la población a fin de poder promulgar leyes de fiscalización de drogas estrictas. La batalla por la legitimidad y la interpretación de los datos epidemiológicos ha sido dramática y cada vez más satisfactoria desde el punto de vista de los epidemiólogos profesionales.

A finales del siglo XIX había en los Estados Unidos una preocupación creciente por los efectos de las drogas en la sociedad, tras décadas de acceso fácil a drogas como la morfina y la cocaína. El movimiento en pro de la moderación de principios del siglo XX logró establecer la prohibición nacional mediante una enmienda de la Constitución de los Estados Unidos en 1919. En el caso de los estupefacientes, prevaleció una actitud de rechazo similar. El Gobierno de los Estados Unidos promovió la opinión de que el uso de drogas con fines no médicos debía prohibirse y se esforzó por persuadir a otros países de que adoptaran esta idea. Se plantearon dos problemas. El primero fue que eran los otros países los que tenían que soportar la mayor carga de fiscalizar la producción de drogas, porque las drogas que más preocupaban al Gobierno de los Estados Unidos no se cultivaban en cantidades significativas dentro de este país. El segundo problema consistió en persuadir al Congreso de los Estados Unidos de que promulgara la legislación para fiscalizar la disponibilidad local de drogas en un momento en que muchos legisladores creían que el Gobierno no tenía autoridad constitucional para hacerlo. Fue evidente que había que lanzar una campaña para convencer al Congreso y a la población de que debía promulgarse legislación para fiscalizar la disponibilidad de drogas para los ciudadanos individuales.

En los Estados Unidos, la representación errónea de datos estadísticos se produjo pronto a raíz de los esfuerzos de Hamilton Wright, que fue nombrado Comisionado del Opio de los Estados Unidos. En 1908, Wright tuvo la oportunidad de ser miembro de la delegación de los Estados Unidos en la primera conferencia internacional organizada para considerar la fiscalización de los opiáceos. Tras esa conferencia, que se conoció como la Comisión Internacional del Opio, Wright procuró establecer un marco para una ley nacional contra las drogas. Basado en el Departamento de Estado de los Estados Unidos, Wright tuvo que ignorar la Constitución, que dejaba los poderes de policía, como la fiscalización de las profesiones relativas a la salud, a la discreción de cada estado. Se produjo una oposición especialmente fuerte de los estados sureños a todo plan que cercenara los derechos de los estados. Wright llegó hasta a ponerse en contacto con los periódicos publicados en estados sureños, pidiéndoles que difundieran el temor a que

los afro-americanos, que usaban cocaína, se lanzaran a provocar desastres [2]. Además, Wright tergiversó la magnitud de las importaciones de opio de los Estados Unidos. En realidad, las importaciones de opio habían venido declinando sobre una base per cápita desde mediados del decenio de 1890. Al manipular las cifras de las importaciones, sin embargo, Wright, en su informe al Presidente de los Estados Unidos y al Congreso dio la impresión de que el uso del opio estaba aumentando [3].

Finalmente, en diciembre de 1914 se promulgó la Ley Harrison de impuesto a los estupefacientes, que Wright había negociado con los grupos de interés del sector farmacéutico. En 1916, la Corte Suprema de los Estados Unidos decidió que, según la Constitución, la Ley Harrison no podía establecer límites a la prescripción de opiáceos y cocaína por los médicos [4]. Para los proponentes de la Ley Harrison, esa decisión debilitaba la ley y hacía extremadamente difícil mantener el control sobre los opiáceos. Se lanzó una campaña para modificar esa interpretación jurídica: en el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos (que administraba la Ley Harrison), se creó el Comité Especial de Investigación para estimar el número de adictos en los Estados Unidos. El Comité concluyó que había aproximadamente un millón de adictos en el país y que el uso de estupefacientes llevaba a los usuarios de drogas a cometer delitos penales [5]. En comparación con otros estudios realizados más cuidadosamente, el estudio del Comité sobrestimó el número de adictos en un factor de aproximadamente cinco. El objetivo era presentar el uso de drogas como un problema nacional urgente que requería una fuerte acción centralizada. No se sabe con certeza si la Corte Suprema se vio influenciada por esas afirmaciones. No obstante, en marzo de 1919, la Corte Suprema modificó en efecto su posición y declaró que el simple mantenimiento con opiáceos, es decir, una adicción no relacionada con una enfermedad clínica como el cáncer, era ilícito [6]. Esta decisión estableció oficialmente la política de los Estados Unidos sobre las drogas como una política que se oponía al uso de drogas salvo para fines médicos, posición que los Estados Unidos sostuvieron en la Conferencia Internacional sobre el Opio realizada en Shangai en 1909 y en una segunda conferencia realizada en La Haya en 1912, donde se formuló el primer tratado internacional de fiscalización del tráfico de opiáceos y cocaína.

Una vez adoptada oficialmente la posición contra el mantenimiento, el organismo de represión comúnmente conocido como la Fuerza de Campo de la Oficina de Estupefacientes restó importancia a la magnitud del problema de las drogas; la estimación hecha por el Comité Especial de Investigación del número de adictos se redujo de aproximadamente un millón a unos 100.000 [7]. Posteriormente, sin embargo, activistas privados contra las drogas como Richmond Pearson Hobson elevaron la estimación a más de un millón [8]. Hobson, un ex miembro del Congreso y un héroe de la Guerra hispano-americana, creó comités nacionales e internacionales de fiscalización de drogas que promovieron el establecimiento de penas graves contra los usuarios de drogas, las lecciones obligatorias sobre prevención del uso indebido de drogas en las escuelas y una mayor conciencia pública acerca de los peligros relacionados con las drogas. En contraste con las afirmaciones de Hobson, el Servicio de Salud Pública examinó los datos disponibles y

llegó a la conclusión de que la prevalencia nacional de las adicciones era de 110.000 [9]. Esa investigación, a pesar de haber sido cuidadosa y no dramática, recibió menos atención que las afirmaciones extremas de que los adictos ascendían a más de un millón.

En 1930 se estableció la Oficina Federal de Estupefacientes del Departamento del Tesoro, como sucesora de la Fuerza de Campo de la Oficina de Estupefacientes, que había estado encargada de aplicar la Ley Harrison desde 1919. La cuestión del número de adictos que vivía en los Estados Unidos siguió siendo un tema controvertido y contencioso. En una entrevista realizada en 1970, Harry J. Anslinger, Comisionado de la Oficina de Estupefacientes de 1930 a 1962, se refirió informalmente a los problemas relativos al número de adictos. Dijo que nunca hubiera permitido que una parte independiente determinara la estimación oficial: la Oficina Federal de Estupefacientes debía conservar esa función. Opinó que el número de adictos era en sí mismo “dinamita” y que si el número aumentaba era porque la Oficina Federal de Estupefacientes no estaba realizando su trabajo, y que si el número disminuía, se reduciría su presupuesto. La estimación de la Oficina Federal de Estupefacientes iba de 60.000 a 80.000 [10]. Los comentarios hechos al pasar por Anslinger ilustran el poder político de los datos epidemiológicos y su interpretación. La posibilidad de una sorpresa epidemiológica que pueda socavar planes cuidadosamente preparados o refutar afirmaciones de que el problema de las drogas está mejorando plantea algunas cuestiones incómodas a los entes normativos. La forma en que se superó esa antipatía a una epidemiología independiente representa un cambio importante en el proceso de establecimiento de políticas.

En 1968, la Administración de los Estados Unidos introdujo varios cambios, uno de los cuales fue el traslado de la Oficina de Estupefacientes del Departamento del Tesoro al Departamento de Justicia. En parte, ese traslado se debió a un repentino aumento del uso de drogas en los Estados Unidos en la segunda mitad del decenio de 1960. En el intervalo entre las dos “epidemias” de las drogas, desde 1920 hasta mediados del decenio de 1960, hubo una sensación de calma relativa acerca del número de adictos; posteriormente, sin embargo, se produjo un aumento extraordinario del uso de drogas. Hubo un clamor público para que se abordara el aparente aumento del uso de drogas, entre ellas la heroína, la cannabis y la dietilamida del ácido lisérgico (LSD). La alarma pública y los signos de un uso de drogas difundido pusieron en tela de juicio las cifras tradicionalmente bajas del número de adictos. Los estadísticos del nuevo organismo, denominado Oficina de Estupefacientes y Drogas Peligrosas, llegaron a la conclusión de que había aproximadamente 300.000 usuarios graves de drogas en el país. Se señaló que eso no quería decir que el problema de las drogas hubiera aumentado repentinamente, sino que las cifras anteriores eran demasiado bajas [11]. Los funcionarios gubernamentales trataron de encontrar una forma más fidedigna de estimar el uso de drogas.

Otro acontecimiento importante fue el ascenso al poder de críticos de larga data de la Oficina Federal de Estupefacientes, en particular miembros de las profesiones jurídica y médica que estaban en desacuerdo con lo que consideraban un

criterio punitivo no apropiado. Preferían la conceptualización del problema de las drogas como una cuestión médica y querían ofrecer tratamiento, quizá hasta proporcionando las drogas [12]. En ese contexto, no había ninguna política tradicional que defender. Además, los críticos habían afirmado desde hacía mucho que la Oficina Federal de Estupefacientes subestimaba el número de adictos. En un marco de gran preocupación pública por las drogas y de un nuevo comienzo en los organismos involucrados, la introducción de métodos de estudio modernos se consideró una mejora.

En la nueva Ley amplia sobre uso indebido de drogas y fiscalización de 1970 se incluyó el establecimiento de una Comisión Nacional sobre la marihuana y el uso indebido de drogas, a la que se asignó la función de presentar un informe sobre la marihuana en 1972 y sobre las drogas en general en 1973 [13]. La Comisión debía establecer una evaluación fundamentada independiente del problema de las drogas. A diferencia de un organismo gubernamental que ya tenía una carga de políticas, controversias y personalidades, un grupo externo podría examinar el problema de las drogas en su conjunto y proporcionar una nueva evaluación. La Comisión reconoció desde el comienzo que no se disponía de estadísticas fidedignas sobre la extensión del uso de drogas. En consecuencia, se organizó el Estudio nacional de los hogares sobre el uso indebido de drogas. El estudio reveló un creciente uso de la marihuana entre los jóvenes y signos de un creciente uso de heroína. El nivel del uso de la cocaína era bajo a principios del decenio de 1970. Más importante que los niveles del uso de drogas era el hecho de que se habían establecido medios más fiables para evaluar el uso de drogas. Desde su establecimiento en 1974, el Instituto Nacional contra la Drogadicción ha venido realizando el estudio, en el que está representado aproximadamente el 98% de los hogares de los Estados Unidos.

El estudio *Monitoring the Future*, que complementa el Estudio nacional de los hogares, ha estado a cargo de la Universidad de Michigan desde 1975, en virtud de una donación del Instituto Nacional contra la Drogadicción. El estudio se utiliza para seguir, durante un cierto número de años, el uso de drogas entre los estudiantes de los grados 8, 10 y 12 (de 17 y 18 años de edad) de una muestra representativa de las escuelas secundarias tanto públicas como privadas de los Estados Unidos.

Los informes de la Comisión Nacional sobre la marihuana y el uso de drogas tuvieron como títulos: "La marihuana: una señal mal entendida" (1972) y "El uso de drogas en América: el problema en perspectiva" (1973). La recomendación del informe sobre la marihuana de que se despenalizara la droga encontró fuerte oposición del Presidente Richard Nixon, pero el análisis de la Comisión Nacional ha mantenido su reputación de examen concienzudo del problema de las drogas en una atmósfera de extrema agitación por las drogas y los usuarios de drogas.

Entre otros sistemas de vigilancia que se establecieron en el decenio de 1970 figuran la Red de Alarma del Uso Indebido de Drogas (DAWN), que informa sobre el uso de drogas entre personas admitidas en salas de emergencia de hospitales centinelas, y lo que actualmente se denomina Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria, un grupo de investigadores que informa semestralmente sobre las

pautas del uso de drogas utilizando conjuntos de datos existentes sobre tratamiento y detenciones, así como conjuntos de datos médicos y de otro tipo, provenientes de muchas ciudades de los Estados Unidos. El Estudio nacional de los hogares sobre el uso indebido de drogas y el estudio *Monitoring the Future*, junto con DAWN y el Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria, han proporcionado la mejor información sobre las nuevas tendencias y problemas del uso indebido de drogas durante más de dos décadas.

La confianza que la investigación epidemiológica contemporánea inspiró al Congreso hizo que éste dispusiera, en la Ley que estableció la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas [14], que la estrategia nacional formulada por la Oficina identificara los criterios de progreso que se medirían con instrumentos como el Estudio Nacional de los Hogares sobre el Uso Indebido de Drogas. Concretamente, la ley requería que la Estrategia Nacional de Fiscalización de Drogas incluyera metas amplias, basadas en la investigación y de largo alcance para reducir el uso indebido de drogas en los Estados Unidos y objetivos mensurables a corto plazo que el Director considerara realistas. Los supuestos subyacentes de esos mandatos, de que el uso de drogas podría determinarse razonablemente bien y que se podría medir la eficacia de las políticas, son muy diferentes de los supuestos aplicados en los primeros años de las campañas contra las drogas. La manipulación y fabricación de estadísticas a principios del siglo XX contrasta marcadamente con las circunstancias actuales, en que los estudios independientes ponen coto a las expectativas de los entes normativos. El cambio de enfoque representa un progreso enorme para la investigación científica e imparcial. Éste es un mérito de los investigadores cuya cuidadosa labor se ha ganado la confianza de los legisladores de la nación.

Mejora de la influencia de la investigación epidemiológica en la política de fiscalización de drogas

Pese al empeño puesto por los entes normativos para basar las estrategias de lucha contra el uso indebido de drogas en la información y los conocimientos existentes y en la disponibilidad de conclusiones epidemiológicas bien fundamentadas, las diferentes perspectivas representadas por los entes normativos y los epidemiólogos respecto del uso indebido de drogas a veces dificulta el intercambio de ideas. A largo plazo, esas diferencias perjudican el establecimiento de un programa satisfactorio centrado en la reducción del uso indebido de drogas.

Para facilitar un intercambio de ideas de ese tipo entre los entes normativos y los epidemiólogos del uso indebido de drogas hay que determinar qué líneas de comunicación y qué entendimiento se pueden establecer. La orientación de cada grupo profesional, sin embargo, puede impedir ese intercambio. La función de un ente normativo es establecer un programa para resolver un problema de interés público. El ente normativo puede reconocer la importancia de la ciencia pero sentirse obligado a resolver o aliviar problemas en un período corto. El epidemiólogo, por su parte, está interesado en obtener conocimientos y no tiene las mismas restricciones políticas ni temporales que el ente normativo. En gran medida, esas

diferencias de funciones influyen en la forma en que cada grupo considera el fenómeno del uso indebido de drogas, en los métodos que utilizan para reunir información a fin de evaluar el fenómeno y en la interpretación de los resultados del proceso de reunión de información.

La definición del fenómeno del uso indebido de drogas

Las diferencias entre la orientación profesional del ente normativo y del epidemiólogo pueden crear premisas conflictivas que den lugar a desacuerdos y desentendimientos. El ente normativo proyecta las opiniones y los valores de los grupos a los que representa. En muchos casos, debe hacer malabarismo con las opiniones de múltiples grupos. El epidemiólogo debe proporcionar orientación para el establecimiento de una definición del fenómeno o problema de que se trata. El ente normativo, sin embargo, debe colocar esa definición en un marco que refleje los valores de los grupos que representa. La definición de un fenómeno como el uso indebido de drogas comprende dos dimensiones principales: *a)* la etiología o causa; y *b)* la responsabilidad individual. La definición de un problema es importante ya que orienta las soluciones que la sociedad da a esos problemas. Respecto del problema del uso indebido de drogas, la etiología tiene factores múltiples. La investigación contemporánea indica que el uso indebido de drogas es un comportamiento resultante de procesos de desarrollo incompletos o mal adaptados en los planos psicológico, sicosocial y social. Sin la base de conocimientos proveniente de las investigaciones actualmente disponibles, el uso indebido de drogas fue considerado durante años como un problema moral o penal, o como un trastorno médico. La consideración del uso indebido de drogas como un problema moral o penal dio lugar al encarcelamiento de los toxicómanos, mientras que la consideración de este problema como un trastorno médico dio lugar al tratamiento de los toxicómanos.

La otra dimensión de la definición del uso indebido de drogas, la responsabilidad individual, evalúa el grado en que los comportamientos que entrañan el uso indebido de drogas son voluntarios. Una de las cuestiones comunes es si los toxicómanos son víctimas y si controlan su situación. También en este caso, la sociedad responde de manera diferente ante cada situación. El aspecto central de las intervenciones varía según lo que la sociedad o los entes normativos entienden por uso indebido de drogas. En una situación ideal, la investigación de base científica, por su propia naturaleza, es neutral y no se ocupa de los valores, ni culpa o excusa a los toxicómanos por su comportamiento. La base de destinatarios primaria es la propia comunidad de investigadores. La "buena" ciencia es la influencia que motiva al epidemiólogo. Los fenómenos como los comportamientos relacionados con el uso indebido de drogas se definen en base a lo que observa el epidemiólogo, es decir, esos comportamientos y su relación con otros factores de la vida. De esa forma, el epidemiólogo presenta un panorama imparcial, amplio y general de la naturaleza y la extensión de los comportamientos que entrañan el uso de drogas. Mediante el examen de la extensión de esos comportamientos en una población general, el epidemiólogo puede demostrar dónde se

agrupan, cuáles son los factores asociados con ellos y qué consecuencias tienen esos comportamientos. Un epidemiólogo probablemente considerará el uso indebido de drogas como prueba de comportamientos multidimensionales y dinámicos que tienen etiologías y consecuencias divergentes. Idealmente, el epidemiólogo se guía por principios científicos y por la disciplina asociada a su esfera de especialización. Mediante la investigación y el intercambio de sus conclusiones, el epidemiólogo tiende a considerar el uso indebido de drogas no como un fenómeno estático y homogéneo, sino como uno que va cambiando con el tiempo, que se manifiesta de diferentes formas, que tiene múltiples vías etiológicas y que también puede variar durante el curso de la vida de un individuo.

Metodologías de investigación

Dadas las necesidades y limitaciones divergentes examinadas más arriba, no sorprende que una importante fuente potencial de tensiones entre el ente normativo y el epidemiólogo tenga que ver con la metodología de investigación. Los entes normativos necesitan información para planificar medidas para fenómenos específicos y también medidas que reflejen la eficacia de las estrategias que se aplican. Por razones políticas, se necesitan efectos firmes e importantes a corto plazo. Por ejemplo, el ente normativo está interesado en utilizar las tasas de prevalencia para evaluar los efectos de la aplicación de estrategias de reducción de la demanda y la oferta; sin embargo, puede mostrarse impaciente por el tiempo que se necesita para efectuar la extensa "depuración" que necesitan las bases de datos grandes para asegurar la precisión; los entes normativos no suelen disponer de tiempo para eso. Además, cuando se trata de un fenómeno como el uso indebido de drogas, que está sumamente estigmatizado y con frecuencia es oculto, es importante contar con muchos sistemas de datos a fin de "capturar" al toxicómano que es difícil de encontrar. Esos sistemas son caros y difíciles de integrar. También en este caso, las metodologías que consumen mucho tiempo no siempre satisfacen las necesidades de los entes normativos.

El epidemiólogo se ocupa de la dimensión científica asociada al tratamiento de una cuestión. A fin de desarrollar mediciones válidas de una observación o variable, el epidemiólogo procura definir todos los parámetros o dimensiones pertinentes de esa variable. Respecto de algunas variables, la medición es una cuestión sencilla; respecto de otras, el proceso de medir el desarrollo puede ser complicado. Por ejemplo, es importante especificar las diversas dimensiones que entraña la medición del comportamiento que tiene que ver con el uso de drogas. Como mínimo, esas dimensiones deben incluir el tipo de droga y la frecuencia del uso en un marco temporal específico.

Las metodologías para reunir información sobre el uso indebido de drogas son, entre otras, las siguientes:

a) Análisis secundarios de los datos resumidos de registros, como expedientes de detenciones, admisiones a centros médicos, admisiones a programas de tratamiento del uso indebido de drogas;

- b) Datos reunidos mediante estudios de laboratorio, estudios etnográficos y grupos de destinatarios;
- c) Entrevistas personales con toxicómanos, así como con individuos que no hacen uso indebido de drogas pero tienen antecedentes similares a los de los toxicómanos;
- d) Estudios en los hogares o en las escuelas.

Un epidemiólogo utilizará una o más de esas técnicas en función de diversos factores: la cuestión que se considera; la disponibilidad de información que podría orientar el desarrollo de un enfoque, los criterios de selección de muestras y los instrumentos, y las limitaciones de tiempo y de financiación. El epidemiólogo sopesa las ventajas y desventajas de los diversos enfoques y el grado de precisión que se puede razonablemente lograr con recursos determinados. Con frecuencia, hay que hacer concesiones. Por ejemplo, los estudios que tienen un diseño longitudinal e incluyen cohortes secuenciales pueden representar el enfoque ideal para estudiar la etiología de los comportamientos que entrañan el uso de drogas; no obstante, son costosos y toman muchos años. En lugar de realizar un estudio de ese tipo, el epidemiólogo puede optar por un enfoque transversal o de casos testigo que requeriría la cuidadosa selección de los sujetos testigo, mediciones amplias y diversas técnicas estadísticas para asegurar que la secuencia de eventos está estructurada en forma paralela a la relación temporal entre las variables.

En los Estados Unidos, se han desarrollado varios sistemas nacionales de datos para evaluar la extensión de los comportamientos que entrañan el uso indebido de drogas en diversos grupos de población. Los datos de prevalencia “verdaderos” se basaron en el Estudio nacional de los hogares sobre el uso indebido de drogas y en el estudio *Monitoring the Future*.

Otros importantes sistemas de datos que proporcionan información valiosa sobre las consecuencias del uso indebido de drogas en los Estados Unidos comprenden los siguientes:*

- a) DAWN;
- b) El Estudio de la Dependencia Nacional de Tratamiento de las Toxicomanías y el Alcoholismo y el Sistema de Datos de Clientes;
- c) El Programa de Vigilancia del Uso Indebido de Drogas por las Personas Detenidas (anteriormente conocido como el Estudio del Pronóstico del Uso de Drogas).

*DAWN evalúa actualmente las visitas a salas de emergencias relacionadas con las drogas utilizando una muestra representativa de hospitales de los Estados Unidos. Esa red incluye también un programa de comunicación voluntaria de la mortalidad relacionada con las drogas, sobre la base de información de médicos forenses de más de 20 ciudades. El Estudio de la Dependencia Nacional de Tratamiento de las Toxicomanías y el Alcoholismo y el Sistema de Datos de Clientes incluyen datos sobre los centros de tratamiento del uso indebido de las drogas y el alcohol y las admisiones a esos centros. Ambos sistemas funcionan bajo los auspicios del Instituto Nacional contra la Drogadicción y la Administración de Servicios de Salud Mental. Por último, el Programa de Vigilancia del Uso Indebido de Drogas por las Personas Detenidas evalúa el uso mediante comunicaciones voluntarias y análisis de orina de muestras representativas de personas detenidas en centros de procesamiento de los Estados Unidos. Ese sistema de datos cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Justicia del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

Se proporcionan descripciones de esos sistemas de datos para realzar la información sobre la gama de datos que se reúne y destacar la naturaleza diferente de las poblaciones objeto de estudio. Los datos sobre las personas detenidas, así como sobre individuos que solicitan tratamiento y atención médica, no representan la prevalencia sino las consecuencias del uso indebido de drogas en la sociedad. Los entes normativos, sin embargo, con frecuencia confunden los dos y es bastante común que las tendencias en los datos sobre consecuencias que se utilizan, como las admisiones a salas de emergencias, muestren tendencias cambiantes del uso indebido de drogas. A finales del decenio de 1980 y principios del decenio de 1990, por ejemplo, las tasas de admisión a salas de emergencias relacionadas con las drogas en los Estados Unidos aumentaron al tiempo que declinaban las tasas de prevalencia, como se indicó en el Estudio Nacional de los Hogares sobre el Uso Indebido de Drogas y en el estudio *Monitoring the Future*. Varios entes normativos impugnaron los resultados del estudio de la población en general, utilizando las tasas de admisión a salas de emergencias en apoyo de su impugnación. Fueron los epidemiólogos los que tuvieron que demostrar las diferencias de esos sistemas.

Los entes normativos necesitan respuestas inmediatas y pueden utilizar metodologías de investigación comprometidas para obtener esas respuestas. Por lo tanto, dada la perspectiva de los epidemiólogos, no sorprende que haya una cierta cautela de su parte para proporcionar respuestas rápidas a los entes normativos sin estar seguros de la cuestión planteada y sin agregar reservas a la información que proporcionan. En el caso del sistema de información sobre admisiones a salas de emergencias, por ejemplo, suele haber una demora de 3 a 6 meses en los informes. En la época en que las visitas a salas de emergencias relacionadas con el uso de cocaína y heroína estaban aumentando, los entes normativos vigilaban el sistema con frecuencia. Su necesidad de respuestas inmediatas, hace que los entes normativos utilicen otros enfoques, posiblemente menos válidos científicamente, para abordar una cuestión. En un caso, los entes normativos patrocinaron una encuesta telefónica de un cierto número de salas de emergencias para preguntar si las visitas relacionadas con el uso de drogas estaban aumentando, en lugar de esperar por los informes. La encuesta telefónica reveló más aspectos de las percepciones de las personas encuestadas que los datos objetivos provenientes de las hojas de tratamiento médico. Las conclusiones mostraron discrepancias que los entes normativos no pudieron resolver fácilmente.

Es necesario que los epidemiólogos desarrollen metodologías rápidas para reunir información válida para los entes normativos. Esas metodologías deben incluir procedimientos estadísticos para analizar los datos de las hojas de tratamiento médico así como los datos de encuestas. Aunque los conjuntos de datos no sean las mediciones más exactas, pueden proporcionar mediciones aproximadas o evaluar indirectamente la información deseada. Además, los enfoques alternativos al análisis de varios conjuntos de datos o a un examen amplio de varios estudios facilitarían la labor de los entes normativos. Asimismo, los epidemiólogos deben utilizar enfoques de grupos de destinatarios y otros grupos testigo, pero no necesariamente tradicionales, para ayudar a los entes normativos.

Interpretación de la información

La extracción de conclusiones de datos de investigación y su interpretación en términos que tienen consecuencias para las políticas requieren una comprensión clara del lenguaje de investigación y los límites estadísticamente definidos que existen para cualquier conjunto de datos. La interpretación pasa a ser la “zona de peligro” para los epidemiólogos y los entes normativos. Se plantean importantes cuestiones sobre qué significan los datos y si los resultados son importantes para la política. Las pruebas de hipótesis, las tendencias, las direcciones de las tendencias y las distribuciones se interpretan dentro de dos marcos diferentes. El epidemiólogo examina los resultados de la investigación en función de cuestiones de investigación específicas y cuidadosamente elaboradas. Se incorporan elementos que incluyen selección de muestras, construcción de variables y metodología para la reunión y el análisis de datos, a fin de abordar esas cuestiones. Se puede permitir un cierto margen de maniobra, pero la capacitación del epidemiólogo impone una disciplina que tiene sus propias restricciones.

El ente normativo, que no tiene una perspectiva epidemiológica, puede no comprender los límites impuestos por la ciencia y, sujeto a presiones temporales, puede extender las conclusiones para satisfacer sus necesidades inmediatas. Las infracciones comunes cometidas por los entes normativos incluyen la generalización de las conclusiones de un grupo a poblaciones distintas, utilizando niveles de significación estadística que van más allá del tradicional del 95% y ampliando la definición de una variable o la relación entre variables.

Mientras un epidemiólogo estará más preocupado por la significación estadística de las diferencias en las tasas de prevalencia entre distintos períodos, un ente normativo centrará la atención en las diferencias en el número absoluto de usuarios. Esto plantea un problema cuando esos datos se derivan de muestras de poblaciones, incluidos los datos de encuestas que requieren procedimientos de imputación y ponderación. Se pueden plantear conflictos acerca de la interpretación dada por un ente normativo con referencia a las diferencias observadas a lo largo del tiempo cuando se determina que esas diferencias no tienen significación estadística para el epidemiólogo. El ente normativo puede observar que se está produciendo una tendencia de alguna clase, mientras que para el epidemiólogo no se ha producido ningún cambio estadísticamente significativo.

La cuestión de la significación estadística está plagada de problemas, porque no hay reglas firmes en cuanto al establecimiento de la significación. En general, prevalece el sentido común. Al establecer los niveles de significación, los epidemiólogos consideran muchos factores, incluidas las cuestiones o hipótesis que se evalúan, el tamaño de la muestra y el tipo de medición que se utiliza. Los epidemiólogos, al ensayar una hipótesis o relación entre mediciones, pueden imponer criterios estrictos para un nivel de significación aceptado. Las asociaciones entre mediciones que los epidemiólogos ensayan estadísticamente y consideran no significativas, pueden tener importancia para los entes normativos. Por ejemplo, al evaluar la eficacia de un programa de intervenciones, los epidemiólogos pueden considerar que no ha tenido éxito si las diferencias en los resultados, como el uso

de drogas, para las condiciones experimentales y testigo tienen un nivel de significación superior al 95%. Los entes normativos, por otra parte, pueden considerar que el programa ha tenido éxito porque la diferencia porcentual entre las dos condiciones representa vidas que se han salvado o una reducción del número de casos de hospitalización o encarcelamiento. En ese caso, la discrepancia en la interpretación de esas conclusiones entre los epidemiólogos y los entes normativos dará lugar a conflictos. Es importante recordar que el nivel de significación estadística entraña una decisión artificial y que se debe prestar atención a la importancia de cualquier conclusión de las investigaciones en el mundo real.

Recomendaciones para la adopción de políticas fundamentadas en la investigación

Es difícil solucionar esos conflictos sin un respeto y confianza mutuos. Los factores más importantes son la comunicación y un entendimiento claro de lo que necesita el ente normativo y de la mejor forma en que la investigación puede ayudar al ente normativo a realizar sus metas. Las recomendaciones para los epidemiólogos que desean influir en las políticas están comprendidas en las siguientes esferas: comunicación, educación y colaboración. Sin embargo, para el proceso es muy importante obtener y mantener el respeto de la otra parte. El investigador epidemiológico debe tener siempre presente la integridad científica. En la transición de la investigación a la política hay siempre muchas zonas grises. La forma en que el investigador resuelve esas esferas particulares puede reforzar o socavar las relaciones, tanto con los entes normativos como con sus homólogos científicos. Este proceso debe guiarse siempre por principios científicos.

Comunicación

Algunas de las actitudes más importantes que deben adoptar los epidemiólogos cuando examinan cuestiones con los entes normativos son, entre otras, escuchar, hacer preguntas y proporcionar respuestas, es decir, repetir su entendimiento de la cuestión a fin de asegurar que hay comunicación en dos sentidos. Durante sus deliberaciones, los epidemiólogos pueden utilizar un vocabulario o hacer referencia a un contexto sin tener en cuenta que los conceptos o expresiones tienen otros significados para los entes normativos. Estos últimos pueden usar términos que tienen un significado concreto en el contexto de la investigación pero que significan otra cosa en la lengua vernácula. Los epidemiólogos, que responden únicamente en el contexto de la ciencia, pueden frustrar a los entes normativos y frustrarse a sí mismos cuando no tienen en cuenta las necesidades de los entes normativos, sin comprender plenamente la causa de esa falta de comunicación. Esas comunicaciones encontradas pueden hacer que el epidemiólogo parezca indiferente a las necesidades de los entes normativos y ampliar las diferencias entre los dos. Por lo tanto, es importante que el epidemiólogo y el ente normativo traten de utilizar un lenguaje corriente para expresar conceptos, en lugar de la terminología de la investigación.

Educación

Es importante que los entes normativos y los epidemiólogos establezcan una atmósfera de aprendizaje cuando examinan cuestiones. Deben aprender los unos de los otros acerca del contenido y los límites de los contextos en que funciona cada uno. En otras palabras, no basta con que el ente normativo aprecie la importancia de los métodos científicos. También es importante que comprenda sobre qué base y hasta qué punto el epidemiólogo extrapolará los resultados de la investigación. El epidemiólogo debe poder hablar abiertamente con el ente normativo sobre la cuestión que se examina, teniendo en cuenta las características de la población estudiada y las mediciones de interés. El epidemiólogo debe ayudar al ente normativo a examinar las conclusiones de los estudios y extraer conclusiones sobre los resultados. Es importante explicar los efectos que las diversas metodologías, selección de muestras y mediciones pueden tener sobre los resultados. Mediante un proceso de ese tipo, el epidemiólogo educa al ente normativo acerca de la importancia del diseño de la investigación sobre las conclusiones, y este último educa al epidemiólogo sobre las necesidades específicas de la formulación de políticas. Es mediante este intercambio que el epidemiólogo alcanzará un mejor conocimiento de los objetivos y las necesidades del ente normativo y podrá proporcionar una respuesta más informativa. Además, el ente normativo alcanzará un mejor conocimiento de la naturaleza evolutiva de la acumulación de conocimientos y estará más abierto a los cambios en las conclusiones y revisiones de la investigación que pueden tener lugar mientras el epidemiólogo continúa refinando las cuestiones investigadas y los análisis de los datos. Esto significa que el ente normativo debe obrar con más cautela cuando interpreta ciertos tipos de conclusiones de la investigación y debe estar preparado a aceptar explicaciones alternativas de los resultados si las conclusiones son revisadas. El epidemiólogo puede ayudar al ente normativo a identificar posibles problemas de los estudios y considerar interpretaciones alternativas.

Colaboración

El término colaboración significa que ambas partes consideran la actividad como propia. Se espera que los procesos de comunicación y educación permitan elaborar objetivos recíprocos y compatibles y diseñar la investigación de modo que tenga en cuenta esos objetivos. La colaboración entre el ente normativo y el epidemiólogo debe producir investigaciones y políticas que ambos puedan apoyar, ya que los dos ayudan a conformar los procesos y los resultados.

En el presente artículo se hacen varias sugerencias acerca de los aspectos en que las metodologías de investigación se pueden mejorar o modificar para tener en cuenta las necesidades tanto del ente normativo como del epidemiólogo. Esas sugerencias incluyen la reconsideración del significado de diversos niveles de significación estadística; la validación de enfoques metodológicos alternativos, como los grupos de destinatarios, las encuestas en centros comerciales o las encuestas de intercepción y las encuestas telefónicas; el mejoramiento de los enfoques estadísticos

para realizar análisis secundarios, y el desarrollo de enfoques estadísticos para integrar los datos de expedientes de detenciones, admisiones en hospitales y admisiones para tratamiento por uso indebido de drogas, así como técnicas aceptables para la utilización de datos de población, incluidos los datos de los censos. Esa colaboración, sin embargo, requiere participación y dedicación. Además, hay que desarrollar infraestructuras formales de colaboración. Un simple encuentro para compartir necesidades y objetivos mutuos y desarrollar estrategias para encontrar respuestas, junto con sesiones de trabajo periódicas para poner en práctica esas estrategias, facilitarán mucho la creación de una atmósfera de colaboración entre el órgano normativo y el epidemiólogo. Esas reuniones deben contar con un firme apoyo institucional y profesional.

Conclusión

El historial de la relación entre las investigaciones epidemiológicas y las políticas en los Estados Unidos indica que es posible establecer una relación que sea satisfactoria para ambas comunidades. Los investigadores epidemiológicos están siempre disponibles para los entes normativos. Ocupan puestos en el gobierno, en las universidades y en institutos y organismos de investigación. Además, esos investigadores tienen acceso a los entes normativos por conducto de sus organismos en el caso del gobierno, pero también a través de sus asociaciones profesionales. Hay que hacer todo lo posible para que los dos grupos se refuercen mutuamente. Hay que definir y superar los obstáculos a la comunicación entre los dos grupos. Los obstáculos varían, pero quizá el más importante sea el lenguaje. Afortunadamente, hay tantos epidemiólogos como entes normativos que son "bilingües" y pueden eliminar la brecha en la comunicación. Esos individuos deben ser alentados a establecer vínculos con sus colegas. El siglo XXI plantea nuevos desafíos a ambos grupos. La mundialización del uso indebido de drogas, el nuevo uso indebido de drogas y, en algunos casos, el uso indebido de drogas más peligrosas, exigirán una colaboración internacional entre investigadores y entes normativos.

Referencias

1. D. F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control*, 3rd ed. (Oxford, Oxford University Press, 1999).
2. Hamilton Wright to the Editor of the *Louisville Courier-Journal*, 16 de abril de 1910, Wright Papers, United States National Archives and Records Administration, entrada 36.
3. Hamilton Wright, "Report on the International Opium Commission and on the opium problem as seen within the United States and its possessions", *Opium Problem: Message from the President of the United States*, Sen. Doc. No. 377, sexagésimo sexto Congreso, segunda sesión, 21 de febrero de 1910.
4. *U.S. c. Jin Fuey Moy*, 241 U. S. 394, caso decidido el 5 de junio de 1916.
5. Comité Especial de Investigación, nombrado el 25 de marzo de 1918, por el Secretario del Tesoro: Tráfico de estupefacientes (GPO, 1919).

6. *U.S. c. Doremus*, 249 U. S. 86, decidido el 2 de marzo de 1919; *Webb et al c. U.S.*, 249 U.S. 96, decidido el 3 de marzo de 1919.
7. Audiencias del Comité de Presupuesto de la Cámara de Representantes, Proyecto de ley del Presupuesto del Departamento del Tesoro 1927, 2 de diciembre de 1925, Sexagésimo noveno Congreso, primera sesión, págs. 438 y 439.
8. "Saving youth from heroin and crime", *Literary Digest*, vol. 81, No. 32 (5 de mayo de 1924).
9. L. G. Kolb y A. G. DuMez, "The prevalence and trend of drug addiction in the United States and factors influencing it", *Public Health Report*, vol. 39, mayo de 1924, págs. 1179 a 1204.
10. Comunicación personal a D. F. Musto, 30 de mayo de 1970.
11. D. F. Musto y P. Korsmeyer, *The Quest for Drug Control: Politics and Federal Policy in a Period of Increasing Substance Abuse, 1963-1981* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 2002).
12. Comité Mixto de la American Bar Association y de la American Medical Association on Narcotic Drugs, *Drug Addiction: Crime or Disease? Interim and Final Reports of the Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on Narcotic Drugs* (Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1961).
13. Ley amplia sobre prevención y lucha contra el uso indebido de drogas de 1970, Ley Pública 91-513, Nonagésimo primer Congreso, aprobada el 27 de octubre de 1970.
14. Ley contra el Uso Indebido de Drogas de 1988, Ley Pública 100-690, Centésimo Congreso, Artículo 1005, "Development and Submission of National Drug Control Strategy", aprobada el 18 de noviembre de 1988.

Determinación de políticas basadas en las pruebas: estudio de casos del sistema de información sobre drogas ilícitas de Australia*

L. TOPP

*Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol,
Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia)*

R. McKETIN

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria)

RESUMEN

El Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia (IDRS) fue establecido en 1996 para proporcionar un sistema de alerta temprana estratégica eficaz en función de su costo en relación con las tendencias emergentes de uso de drogas problemático. Mediante la creación de ambientes de casos específicos, el presente artículo demuestra la forma en que la información obtenida de los sistemas de información sobre drogas como el IDRS pueden ampliar las bases de conocimientos de forma que permitan apoyar las decisiones de política basada en las pruebas y desarrollar estrategias de fiscalización de drogas. El IDRS ha logrado este objetivo mediante la amplia difusión de sus conclusiones y el establecimiento de mecanismos para la colaboración intersectorial y de un contexto en el que se puedan comprender las tendencias de las drogas y realzar su función en la determinación de políticas. El presente análisis de un caso concreto ilustra también la gran demanda de información detallada que proporcionan los estudios centinela de usuarios de drogas problemáticos y las entrevistas cualitativas con expertos en el campo de las drogas ilícitas. Este tipo de información es particularmente útil a nivel de políticas, ya que se la puede reunir periódicamente utilizando métodos comparables para poder detectar desde el comienzo las tendencias del uso de drogas problemático. Cuando esa información se proporciona en un formato sencillo y oportunamente a los encargados de fijar las

*El Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas (IDRS) de Australia está financiado por el Departamento de Salud y Envejecimiento de la Commonwealth y por el Fondo Nacional de Investigaciones para la Aplicación de la Ley y coordinado por el Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol. El IDRS no hubiera existido sin las expertas contribuciones de Wayne Hall, Julie Hando, Grant Wardlaw y Shane Darke y funciona con eficacia gracias a la cooperación de muchos investigadores y organizaciones de investigación participantes, las organizaciones que aportan datos indicadores al sistema, informantes clave, organismos que ayudan a reclutar sujetos para los estudios de los usuarios de drogas que se inyectan y los comités asesores nacionales y jurisdiccionales. Los autores expresan su agradecimiento a los que aportaron los ejemplos presentados en el presente artículo: Raimondo Bruno, Craig Fry, Kim Hargreaves, Rachel Humeniuk, Bridie O'Reilly y Paul Williams.

políticas, éstos la pueden utilizar para fundamentar el desarrollo de políticas y estrategias. La posible utilidad de los datos del IDRS para el establecimiento de políticas se materializa mediante un diálogo permanente entre investigadores, oficiales de los sectores de la salud y la aplicación de las leyes y los entes normativos, proceso que se ve muy facilitado por los canales de comunicación y las relaciones intersectoriales establecidas por el sistema.

Nociones clave: tendencias de las drogas; política; alerta temprana; Australia.

Introducción

El Sistema de Información sobre las Drogas Ilícitas (IDRS) fue establecido en 1996 por el Departamento de la Commonwealth de Salud y Cuestiones del Envejecimiento del Gobierno de Australia para proporcionar un sistema de alerta temprana estratégica eficaz en función del costo en relación con las tendencias emergentes en el uso de opioides, anfetamina, cocaína y cannabis. De esta forma, el principal usuario de la información proporcionada por el Sistema es un órgano nacional que participa en la adopción de estrategias y políticas relacionadas con las drogas. Esto es importante tanto para los objetivos del Sistema, que tiene una cobertura nacional y utiliza el seguimiento centinela, como en el marco temporal de la información, que tiene por objeto fundamentar las estrategias de política más que las respuestas tácticas.

En el diseño del actual Sistema se tuvo en cuenta la experiencia adquirida con intentos anteriores de vigilar la situación de las drogas en Australia, que demostraron la necesidad de contar con sistemas de información sobre drogas para triangular fuentes de datos múltiples a fin de aumentar la confianza en las tendencias de las drogas comunicadas y la consiguiente credibilidad de la información proveniente de esos sistemas [1, 2]. A tal fin, el IDRS compila regularmente información de tres fuentes:

a) Un estudio cuantitativo normalizado de usuarios de drogas por inyección, que constituye la población centinela en la que se detectan las tendencias emergentes en el uso de drogas ilícitas. Los estudios se realizan en la ciudad principal de cada jurisdicción de Australia y rinden una muestra anual total de más de 900 usuarios de drogas por inyección;

b) Un estudio cualitativo normalizado de informantes clave o expertos en el campo de las drogas ilícitas dentro de la principal ciudad de cada jurisdicción, que rinde una muestra nacional anual total de entre 250 y 300 informantes clave;

c) Una síntesis de las actuales fuentes de datos indicadores, como los datos de sobredosis, la pureza de las drogas incautadas, los datos sobre detenciones, los datos toxicológicos, las admisiones a hospitales y centros de tratamiento, los datos de los programas de intercambio de agujas y jeringas, los datos de estudios en las escuelas y en los hogares y datos de otras investigaciones especializadas. La extensión y la naturaleza de esos datos varían según las jurisdicciones y algunos conjuntos de datos se consideran sólo a nivel nacional (por ejemplo, los de los estudios de los

hogares nacionales trienales de Australia sobre el uso de drogas ilícitas y los del Servicio de Aduanas de Australia). Algunos conjuntos de datos se analizan trimestralmente y otros anualmente, según la naturaleza de los datos y el número de casos.

Esos datos se reúnen en cada una de las ocho jurisdicciones de Australia a fin de obtener una cobertura nacional y se presentan anualmente. Las conclusiones se difunden por medio de una conferencia nacional anual sobre las tendencias de las drogas, informes anuales detallados nacionales y de cada jurisdicción, y breves actualizaciones trimestrales. La información oficial se complementa con reuniones periódicas y comunicaciones informales con interesados directos clave. Para obtener mayor información sobre las conclusiones y la metodología del IDRS, véase Topp y colaboradores [3].

Análisis de un caso concreto: establecimiento de la base para las políticas basadas en las pruebas

A continuación se dan ejemplos de la contribución hecha por las conclusiones del IDRS a la creación de una base de información sólida para el desarrollo de políticas y la aplicación de estrategias de fiscalización de drogas. Estos ejemplos incluyen situaciones en que las conclusiones se relacionaron con un cambio en la política o la estrategia. Se incluyen también varias situaciones fuera del ámbito de la política, pero a las que el IDRS aportó contribuciones indirectas para mejorar la información sobre consumo de drogas y tendencias de las drogas (por ejemplo, proporcionando un contexto de antecedentes para realizar investigaciones a fondo). Los casos no abarcan todas las formas en que las conclusiones del IDRS tuvieron o pudieron haber tenido influencia en la política, ni tampoco parecen indicar que la información proveniente del IDRS fue la única responsable de cualquier cambio en la política. No obstante, demuestran claramente que la información del IDRS ha sido decisiva para proporcionar una base de pruebas para la política escogida. Este efecto fue evidente a nivel nacional y, en particular, a nivel de cada jurisdicción, que es donde se recogen los datos más detallados.

Una prioridad: destacar nuevas formas de uso de drogas

Las conclusiones del IDRS que indican un aumento de la disponibilidad y el uso de formas potentes de metanfetamina en toda Australia han hecho que la determinación de nuevas formas de uso de drogas constituya una esfera prioritaria del Comité ministerial para una estrategia sobre las drogas y del Gobierno de la Commonwealth. Aunque otros mecanismos de seguimiento, como los análisis de orina de los detenidos, hubieran indicado que esta cuestión constituye un problema, el IDRS proporcionó información específica sobre el uso de la metanfetamina, recogida en una población no institucionalizada de usuarios de metanfetamina, que no hubieran podido proporcionar los otros sistemas. El IDRS proporcionó información sobre las características de los diferentes tipos de metanfetamina disponibles en la calle, la terminología utilizada para describirlas, la frecuencia de su uso, las vías de administración, el precio, la pureza y las cantidades comparadas.

Establecimiento de políticas y estrategias apropiadas para las condiciones locales

El IDRS ha logrado proporcionar información detallada sobre pautas y tendencias recientes del uso de drogas a nivel de jurisdicciones, información que tiene una demanda considerable entre los órganos normativos de los sectores de la salud y el orden público. En el estado de Tasmania, el Subcomité sobre las Drogas del Gabinete del Gobierno Estatal encargó al Servicio de Drogas y Alcohol del Departamento de Salud y Servicios Humanos que produjera un informe semestral sobre la situación del uso de drogas por inyección en Tasmania. Los informes se basan en gran parte en los datos del IDRS y han influido en las políticas del estado de Tasmania en varios sectores, incluida la política sobre la metadona y las políticas relativas a la disponibilidad de agujas. Antes de la puesta en práctica del IDRS en Tasmania, las decisiones sobre políticas se basaban normalmente en los datos reunidos en otras jurisdicciones más grandes, que contaban con la financiación y los órganos especializados necesarios para la investigación sobre drogas especializada. En 2000, el IDRS demostró que las jurisdicciones más pequeñas como Tasmania tenían pautas de uso de drogas ilícitas que eran sustancialmente diferentes de las pautas de las jurisdicciones más grandes. El IDRS, por lo tanto, mejoró sustancialmente la base de información para el establecimiento de políticas sobre las drogas en Tasmania proporcionando información que era pertinente para el entorno local.

Desarrollo de planes gubernamentales estratégicos de fiscalización de drogas

Los datos del IDRS han fundamentado los planes estratégicos de fiscalización de drogas en varias jurisdicciones de Australia. En el Territorio del Norte, los datos del IDRS constituyeron la base del desarrollo de un plan gubernamental de tres puntos sobre el uso y el uso indebido de drogas. En Australia Occidental, dos de las monografías sobre cuestiones relacionadas con las drogas presentadas en la reciente Cumbre de la Comunidad de Australia Occidental sobre las Drogas incorporaron información del IDRS 2000: la monografía No.7 sobre drogas y actividades de represión, que trataba de un marco jurídico apropiado para las drogas ilícitas, la orientación de los usuarios de las drogas hacia el tratamiento y la atención de los autores de delitos más graves encarcelados, y la monografía No. 8 sobre la reducción del daño causado a la comunidad y los individuos por el uso continuado de drogas. En Nueva Gales del Sur, uno de los principales documentos de antecedentes para la Cumbre sobre las drogas de Nueva Gales del Sur, celebrada en Sydney (Australia) del 17 al 21 de mayo de 1999, fue el que contenía las conclusiones del IDRS. Las conclusiones del IDRS de Victoria también fueron la base de las actividades de desarrollo de políticas del Comité de Expertos en Políticas de Drogas del Gobierno de Victoria.

Desarrollo de intervenciones en casos de pautas de uso de drogas problemático

Los datos del IDRS nacional fueron utilizados por los entes normativos en la reunión de febrero de 2001 del Subcomité sobre el abuso intencional de fármacos del Consejo Asesor Farmacéutico de Australia, en la que se celebraron considerables deliberaciones sobre la cuestión del uso de la benzodiacepina por vía intravenosa. A nivel de jurisdicciones, el Departamento de Servicios Humanos de Victoria utilizó los datos del IDRS para desarrollar una estrategia de prevención y educación relacionada con el uso de benzodiacepinas por inyección para hacer frente a la desviación, el abuso y la inyección del contenido gelatinoso de las cápsulas de temazepam. Los resultados del IDRS también fueron decisivos en Victoria, ya que señalaron la necesidad de desarrollar el conjunto de medidas de capacitación y preparación relativas a la cocaína del Departamento de Servicios Humanos de Victoria para trabajadores del sector de las drogas y el alcohol.

Identificación de las necesidades de acceso al tratamiento

Las conclusiones del IDRS en el Territorio de la Capital de Australia proporcionaron información y recomendaciones que influyeron en las decisiones de política sobre el suministro de servicios en el Territorio. En 2000, un informe del Territorio de la Capital de Australia recomendó un examen de la aparente aceleración del uso de la heroína entre los pueblos indígenas que se había señalado por primera vez en el IDRS del Territorio de la Capital de Australia en 1998-1999, y la determinación de los factores que habían contribuido a que esos pueblos no pudieran acceder a servicios de tratamiento. En 2001, se pusieron a disposición de los pueblos indígenas más servicios de tratamiento y el partido laborista de oposición de Australia se manifestó en favor de proporcionar servicios de tratamiento culturalmente apropiados. La capacidad de identificar lagunas en el acceso al suministro de servicios es uno de los claros beneficios del seguimiento de las pautas del uso de drogas problemático entre poblaciones no institucionalizadas.

La función de alerta temprana y de instrumento de validación de las tendencias de las drogas

El Departamento de Salud del Territorio de la Capital de Australia considera que los datos del IDRS constituyen un buen instrumento de validación. Utiliza regularmente datos del IDRS para hacer comparaciones entre el uso de drogas a nivel nacional y la situación en el Territorio, obteniendo de esta forma una alerta temprana de las futuras tendencias del uso de drogas. También considera que el IDRS es útil para determinar las prioridades de la adquisición de servicios y para corroborar con varias fuentes el asesoramiento anecdótico sobre cuestiones relacionadas con las drogas y el alcohol y los informes de los proveedores de servicios.

Un contexto para investigar la menor disponibilidad de heroína

En 2001, Australia experimentó una reducción marcada y sostenida de la disponibilidad de heroína que estuvo asociada a una disminución del uso de la heroína y sus consecuencias adversas conexas. Las conclusiones del IDRS de los cinco años anteriores proporcionaron datos de base significativos, fiables y válidos sobre el precio, la pureza y la disponibilidad de la heroína, la frecuencia del uso de la heroína junto con la frecuencia del uso de otras drogas, las actividades delictivas, el riesgo de sobredosis y otros problemas relacionados con la salud que pudieron utilizarse para interpretar los datos de una investigación especializada sobre las características y las repercusiones de la escasez de heroína. Para 2002, el IDRS se proponía documentar la situación del mercado de drogas ilícitas después del punto máximo de escasez. De esta forma, los datos del IDRS pueden mejorar mucho la posibilidad de interpretar los datos reunidos en el contexto de otros estudios.

Incorporación de información local en los sistemas de educación terciarios del Territorio del Norte

El IDRS ha proporcionado información sobre las tendencias de las drogas específicamente en el Territorio Septentrional que ha permitido incluir los datos sobre las tendencias locales de las drogas en los cursos terciarios de la Universidad del Territorio del Norte. Los cursos sobre estudios de las drogas y el alcohol, servicios humanos y de la comunidad, trabajo social y psicología incluyen ahora información pertinente a la localidad sobre las pautas y las tendencias del consumo de drogas. Antes del establecimiento del IDRS en el Territorio del Norte, esos cursos se basaban en datos nacionales relativos al uso de drogas ilícitas, la salud, los riesgos y las actividades delictivas. El IDRS reveló la naturaleza diferente de los mercados de drogas ilícitas de Australia y los aspectos teóricos y prácticos de los cursos han sido mejorados con la adición de los datos pertinentes a la localidad.

Los destinatarios de las conclusiones del IDRS

La gran amplitud del interés en las conclusiones del IDRS quedó demostrada en Australia Meridional, donde la demanda de información se atendió mediante una serie de seminarios especiales presentados a organizaciones nacionales del orden público, como la Autoridad Nacional del Delito, la Oficina Australiana de Inteligencia Penal, el Servicio de Aduanas de Australia y la Policía Federal Australiana, así como el Departamento de Inmigración y Asuntos Multiculturales y la Dirección General Impositiva de Australia. A nivel de los estados, entre los destinatarios de las conclusiones del IDRS figuraron la Policía de Australia Meridional, Australian Guidance y Counselling Association South Australia, el Equipo de Apoyo y Evaluación de las Personas sin Hogar a nivel de Ciudades, el Grupo de Acción de Enfermeras Estatales, el Instituto Douglas Mawson de Educación Técnica y Superior y el Servicio de Salud Forense de Australia Meridional. Los seminarios, que fueron ofrecidos por el coordinador del IDRS para Australia Meridional, demostraron

la existencia de una demanda de información sobre las tendencias de las drogas y la diversidad de destinatarios de esa información.

Examen

El análisis del caso presentado más arriba demuestra que la información de un sistema de información sobre drogas como el IDRS puede aportar una valiosa contribución al establecimiento de una base de pruebas para las actividades normativas. Aunque las conclusiones del IDRS con frecuencia sirven de fundamento a las políticas indirectamente y rara vez son el único factor que influye en el establecimiento de políticas, son una de las diversas fuentes de información que contribuyen a establecer una base de conocimientos más amplia que se puede utilizar para elaborar políticas basadas en las pruebas. No siempre es posible evaluar los efectos de la información proporcionada por el IDRS, pero la demanda de esa información y las organizaciones destinatarias proporcionan algunos detalles sobre la utilidad de los datos del IDRS para la elaboración de políticas y estrategias de aplicación.

La información detallada proporcionada por el IDRS es bien recibida por los entes normativos. Se la ha utilizado en la elaboración de estrategias sobre drogas a nivel nacional y de las jurisdicciones y para satisfacer las necesidades operacionales de muchas organizaciones. En particular, el IDRS proporciona información de actualidad y detallada sobre pautas específicas del uso de drogas problemático, como las vías de administración y el contexto del uso, la naturaleza y disponibilidad de nuevas formas de drogas y los problemas conexos de salud y delincuencia del uso de drogas, que no proporcionan otros métodos de reunión de datos más tradicionales, como los estudios de los hogares y el seguimiento ordinario de indicadores relativos a las drogas. Gran parte de esta información detallada se obtiene de estudios con informantes clave y estudios especializados de usuarios de drogas por inyección. Esto demuestra la utilidad normativa de la información proporcionada por estudios a fondo sobre el uso de drogas problemático.

Las organizaciones que han solicitado información del IDRS representan una diversidad de disciplinas y entre ellas figuran, notablemente, organizaciones de los sectores de la salud y del orden público. El mayor interés del sector del orden público confirma el objetivo del IDRS de vigilar el precio de las drogas y su disponibilidad utilizando fuentes distintas de los organismos oficiales encargados de hacer cumplir la ley y proporcionar información que complementa los datos de esos organismos, lo cual demuestra que la información del IDRS es pertinente a las estrategias de los organismos de salud y de represión de las drogas ilícitas. El IDRS constituye, por lo tanto, un mecanismo de colaboración entre los sectores de la salud y el orden público para comprender la forma en que las estrategias de fiscalización de las drogas afectan a los mercados de drogas, las pautas del uso de drogas y los problemas conexos.

Los datos del IDRS han aportado una contribución valiosa al desarrollo y mejoramiento de otras fuentes de información sobre las tendencias de las drogas en base a las cuales se han establecido políticas. El IDRS ha mejorado de diferentes maneras la base de conocimientos general que utilizan los entes normativos para

adoptar decisiones, por ejemplo, orientando las investigaciones sobre las nuevas tendencias de las drogas, proporcionando un contexto para evaluar las repercusiones de las intervenciones o los cambios en el mercado de las drogas —como la escasez de heroína—, prestando asistencia para el desarrollo de planes de estudio académicos sobre la epidemiología del uso indebido de drogas y complementando otros informes sobre las tendencias de las drogas.

El Sistema ha cumplido también una función de desarrollo al fomentar la colaboración entre investigadores y organizaciones no dedicadas a la investigación que tratan cuestiones relacionadas con las drogas. La necesidad de un intercambio de datos entre organizaciones ha proporcionado una plataforma para la colaboración y el diálogo sobre la interpretación de los datos de las tendencias de las drogas y ha confirmado la utilidad de los datos para las políticas y estrategias de las organizaciones no dedicadas a la investigación. En muchos casos, esto ha comprendido un diálogo educativo entre investigadores y entes normativos para asegurar que el IDRS satisfaga las necesidades de información de estos últimos y que los entes normativos reconozcan los propósitos y la utilidad de los datos del IDRS. Este proceso educativo en dos sentidos ha mejorado mucho el reconocimiento mutuo de la forma en que las conclusiones del IDRS se pueden utilizar a nivel de políticas y también ha ampliado la capacidad del IDRS para reunir y comprender datos relacionados con las drogas.

Pese a la evidente utilidad de los datos del IDRS para la elaboración de políticas, todavía hay que superar problemas para mejorar la interpretación de las tendencias identificadas por el IDRS y sus consecuencias para las políticas. En particular, es necesario que los investigadores y los entes normativos aprecien más la forma en que este tipo de información complementa a los mecanismos tradicionales de seguimiento del consumo de drogas, como los estudios de la población en general y los datos sobre la utilización de los servicios de tratamiento, y las razones de las discrepancias entre las diferentes fuentes de datos. Es necesario que continúe el diálogo entre investigadores y entes normativos para establecer ese nivel de comprensión compartida; los sistemas de información sobre drogas como el IDRS pueden proporcionar un foro esencial para ese diálogo.

Además, hay que reconocer que los beneficios derivados del IDRS sólo se hicieron evidentes después de varios años de reunión de datos y considerables inversiones, tanto financieras como en términos de desarrollo de los recursos humanos, para reunir, analizar y comunicar datos sobre las tendencias de las drogas. Los beneficios de la reunión ordinaria de datos, que ahora están resultando evidentes, demostraron la utilidad de esas inversiones. Las mejoras en la eficiencia de la reunión, el análisis y la comunicación de los datos que se han ido introduciendo durante las operaciones del IDRS han mejorado sustancialmente la eficacia del sistema en función de su costo. En el contexto australiano, las operaciones del IDRS se vieron facilitadas por la disponibilidad de instituciones terciarias y recursos humanos apropiados, la existencia de la voluntad política necesaria y la subsiguiente asignación de recursos financieros. En contextos en que no es posible reunir datos regularmente para vigilar el uso de drogas problemático debido a limitaciones de infraestructura o de recursos, los estudios a fondo de una sola

vez también proporcionarían un complemento valioso para los sistemas de seguimiento establecidos. En esas situaciones, es importante que los estudios a fondo reciban orientación de los mecanismos de seguimiento tradicionales y que presenten la información a estos mecanismos.

Conclusión

El análisis realizado más arriba demuestra que el IDRS ha cumplido una función valiosa al ampliar los conocimientos en que se basan las decisiones en materia de políticas. Esto se ha logrado mediante la difusión amplia de las conclusiones, el establecimiento de mecanismos para la colaboración intersectorial y el suministro de un contexto que permita comprender las tendencias de las drogas y apreciar su función en la formulación de políticas. Demuestra además la considerable demanda que existe para el tipo de información a fondo sobre las pautas del consumo de drogas y factores conexos que pueden proporcionar los estudios centinela de los usuarios de drogas problemáticos y las entrevistas cualitativas con expertos en el campo de las drogas ilícitas. Este tipo de información es particularmente útil a nivel de políticas, ya que se la puede reunir periódicamente utilizando métodos comparables, para poder detectar desde el comienzo las tendencias del uso de drogas problemático. Cuando esa información es de actualidad y se proporciona en un formato sencillo a los encargados de fijar las políticas, éstos la pueden utilizar en la elaboración de políticas y estrategias. El fomento de un diálogo permanente entre investigadores, funcionarios de los sectores de la salud y el orden público y los entes normativos es esencial para seguir desarrollando la utilidad de la información del IDRS a nivel de políticas, y los canales de comunicación y las relaciones intersectoriales establecidos mediante el diálogo serán esenciales para el ulterior desarrollo de la utilidad de los datos sobre las tendencias de las drogas para la elaboración de políticas.

Referencias

1. J. Hando y colaboradores, "The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System", *Addiction Research*, vol. 6, 1998, págs. 97 a 113.
2. G. Wardlaw, *Final Report: Illicit Drug Reporting System*, informe al Departamento de Servicios Humanos y Salud de la Commonwealth (Canberra, Wardlaw Consulting Pty. Ltd., 1994).
3. L. Topp y colaboradores, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monografía núm. 48 (Sydney, Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol, 2002).

La experiencia de la red de ciudades múltiples del Grupo Pompidou, 1983-2002

R. BLESS

Asesor técnico, Grupo Pompidou, Consejo de Europa, Duivendrecht (Países Bajos)

RESUMEN

La epidemiología es una de las cuatro esferas de actividad en las que actúa el Grupo Pompidou del Consejo de Europa en la lucha contra el uso indebido de drogas. Sus actividades en el campo de la epidemiología se han centrado en el desarrollo por el grupo de expertos en epidemiología, un comité permanente de expertos de casi todos los países europeos, de indicadores e instrumentos analíticos para el seguimiento de las pautas y las tendencias del uso indebido de drogas. El grupo de expertos, establecido en 1983, ha adoptado un enfoque basado en las ciudades, que ha pasado a denominarse el estudio de ciudades múltiples del Grupo Pompidou. En el presente artículo, el autor describe el ámbito y los métodos de trabajo de la red de ciudades múltiples y del sistema de seguimiento de ciudades múltiples. Su conclusión es que, aunque el estudio ha tenido éxito como laboratorio para el desarrollo de indicadores e instrumentos, el seguimiento permanente de las pautas y las tendencias del uso indebido de drogas a nivel de ciudades con esos indicadores e instrumentos requiere una organización e infraestructura diferentes.

Nociones clave: epidemiología; indicadores; pautas y tendencias del uso de drogas; red de ciudades; Europa.

Introducción

El Grupo Pompidou del Consejo de Europa, establecido en 1971, fue el primer órgano europeo que examinó desde una perspectiva multidisciplinaria las políticas nacionales en materia de drogas y los problemas vinculados al uso indebido y el tráfico de drogas. En 1982, la Conferencia Ministerial del Grupo Pompidou acordó que un grupo de expertos en epidemiología desarrollara sistemas de seguimiento para evaluar la naturaleza y la magnitud del uso indebido de drogas y los problemas conexos.

Los expertos fueron nombrados por los corresponsales nacionales permanentes del Grupo Pompidou sobre la base de su experiencia en el campo de la epidemiología. Durante los últimos 20 años, varios cientos de expertos de más de 40 países europeos han participado, en un momento u otro, en las actividades del grupo de expertos.

En el cumplimiento de su mandato, el grupo de expertos ha seguido un enfoque basado en las ciudades. Una de las razones para adoptar este enfoque fue que, en el decenio de 1980, los problemas de drogas en Europa estaban concentrados principalmente en las zonas urbanas y no había datos pertinentes a nivel nacional fácilmente accesibles. Más importante, sin embargo, fue el argumento de que la escala más pequeña de la ciudad facilitaría la interpretación de los datos indicadores en su contexto. Las actividades para desarrollar mecanismos de seguimiento pasaron a ser conocidas como el estudio de ciudades múltiples del Grupo Pompidou y a lo largo de los años éste ha sido el aspecto central de la atención del grupo de expertos. La mayoría de los otros proyectos iniciados por el grupo de expertos en las últimas décadas se ha basado en el estudio de ciudades múltiples o ha seguido también un enfoque basado en las ciudades.

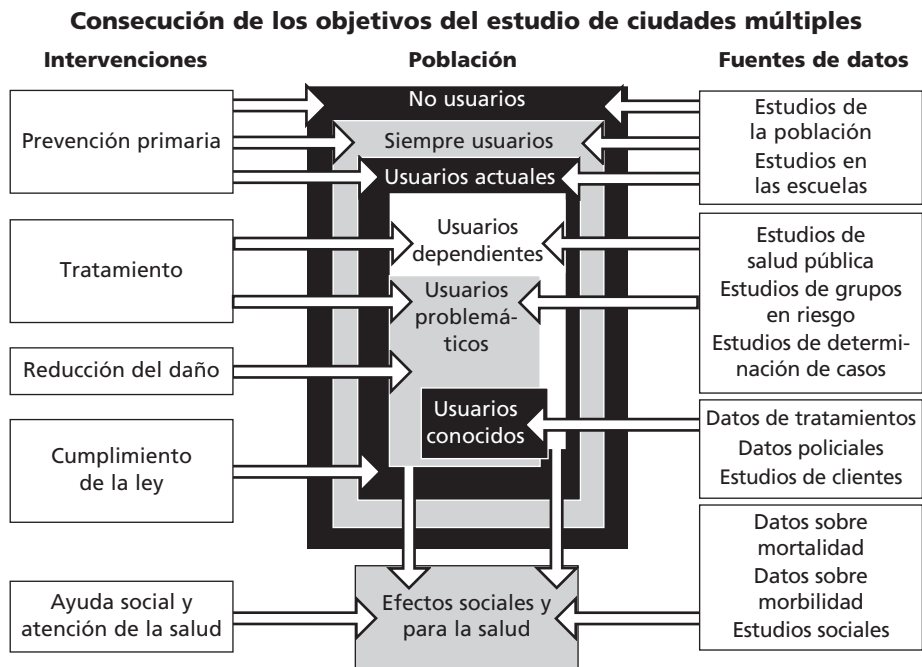
Objetivos del estudio de ciudades múltiples

Dado que el seguimiento es la observación de los cambios en los objetos sometidos a examen a fin de realizar intervenciones o de evaluar los efectos de las intervenciones, los objetivos del estudio de ciudades múltiples de conformidad con el mandato del grupo de expertos se definen de la siguiente manera:

- a) Identificar indicadores para describir los cambios en el uso de drogas y los problemas de las drogas;
- b) Desarrollar métodos para reunir y comunicar datos sobre esos indicadores;
- c) Determinar las pautas y tendencias del uso de drogas en toda Europa;
- d) Desarrollar modelos para el análisis y la interpretación de los datos indicadores;
- e) Promover la aplicación de indicadores, métodos de reunión de datos, formatos de informes y modelos de interpretación entre los entes normativos y los profesionales encargados de las intervenciones.

Los objetivos se persiguen en un marco conceptual general que vincula el uso de drogas y los problemas relacionados con las drogas a las intervenciones y las fuentes de datos (véase la figura).

En los primeros años, la atención del grupo de expertos se centró principalmente en los indicadores y en la metodología para la reunión de datos. Al final del decenio de 1980, la inspección de las pautas y las tendencias pasó a ser una actividad básica. Hasta 1996, las tendencias se siguieron tanto a nivel de ciudades como a nivel de países, en parte debido a que la situación en el país es un contexto pertinente para cualquier ciudad y en parte a que, en varios casos, los datos indicadores necesarios, contrariamente a las expectativas iniciales, sólo estaban disponibles o eran accesibles a nivel nacional. A finales del decenio de 1990, la atención se desplazó al análisis y la interpretación, haciendo más hincapié en el contexto local. El programa de trabajo para el período 2000-2003 otorga prioridad a la difusión de los sistemas de seguimiento y al fomento de capacidades en el plano local para aplicar esos sistemas.



Red de ciudades múltiples

Aunque los expertos que participan en el estudio de ciudades múltiples no representan a ciudades en un sentido formal, ha sido de práctica hablar de una red de ciudades y de las ciudades participantes en lugar de los expertos participantes. En ese sentido, en las últimas dos décadas 42 ciudades de 23 países participaron en el estudio de ciudades múltiples en algún momento. Cabe señalar, sin embargo, que durante más de diez años participaron sólo unas pocas ciudades y que algunas de ellas sólo estuvieron activas en la red durante uno o dos años.

El número de ciudades participantes ha aumentado, en particular desde mediados del decenio de 1990, cuando muchos Estados de Europa oriental se sumaron al Grupo Pompidou. Aunque el aumento del número de participantes hace más complicado el mantenimiento de la red de ciudades, permite al mismo tiempo mejorar la calidad y la comparabilidad: muchas de las nuevas ciudades aplicaron desde el comienzo los protocolos de reunión de datos del estudio de ciudades múltiples, mientras que muchos de los antiguos participantes todavía tuvieron que tener en cuenta los sistemas de seguimiento locales existentes. Al mismo tiempo que la red de ciudades múltiples se extendía para incluir a Europa oriental, se producía una disminución del interés de Europa occidental tras el establecimiento del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y la orientación consiguiente de Europa occidental hacia los sistemas de seguimiento nacionales. A partir de ese momento, varias ciudades de Europa occidental dejaron de participar en la red.

Métodos de trabajo

El estudio de ciudades múltiples se basa no en una red de ciudades sino en la cooperación dentro de una red de expertos interesados. El nombramiento de los miembros del grupo no implica una obligación de participar en el estudio de ciudades múltiples, y los participantes en el estudio no son responsables ante las autoridades de las ciudades sobre las que informan. En este contexto de cooperación voluntaria, el apoyo a la red de expertos y el mantenimiento de la red son los principios de trabajo fundamentales del estudio de ciudades múltiples.

El intercambio de información y experiencias en la red de ciudades múltiples tiene lugar en sesiones plenarias, grupos de trabajo de proyectos y seminarios relativos a temas específicos, y mediante la publicación de informes. La secretaria del Grupo Pompidou facilita todas las actividades, que son coordinadas por un asesor técnico.

Sesiones plenarias

El estudio de ciudades múltiples es un tema clave de las reuniones anuales del grupo de expertos, que generalmente se celebran dos veces por año. En las reuniones anuales, los participantes presentan, en exámenes de mesa redonda, la situación en sus ciudades: tendencias de los datos indicadores, problemas con que se tropieza para reunir datos, novedades en materia de uso de drogas y políticas de drogas, resultados de investigaciones locales recientes y otros asuntos. Los informes publicados en nombre del grupo de expertos se examinan también en las sesiones plenarias. Además, la secretaria del Grupo Pompidou recibe información sobre la ejecución de proyectos específicos y el nombramiento de equipos de proyectos. A las sesiones plenarias del Grupo de expertos asisten también representantes del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, la Comisión Europea, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas de los Estados Unidos de América.

Grupos de trabajo de proyectos

Muchos aspectos del sistema de seguimiento se tratan en proyectos específicos. Los temas de los proyectos van desde la viabilidad o validez de los indicadores, los formatos de los informes y los métodos de reunión de datos hasta el análisis de los datos. En los últimos años, más y más proyectos han centrado la atención en métodos cualitativos, grupos objetivo específicos y modelos para los análisis. Los proyectos por lo general se ejecutan en un par de años, pero algunos han evolucionado y han pasado a ser actividades permanentes paralelas del estudio de ciudades múltiples, ya sea dentro del grupo de expertos (por ejemplo, el proyecto de indicadores de la demanda de tratamiento) o en cooperación con el grupo de expertos (por ejemplo, el proyecto de estudios en las escuelas europeas sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), administrado por el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas).

Por lo general los proyectos son coordinados por un consultor contratado. Los grupos de trabajo del proyecto se reúnen según las necesidades y pueden incluir a expertos de otras organizaciones. Los resultados de los proyectos se incorporan al sistema de seguimiento de ciudades múltiples y, en varios casos, también han llevado a las organizaciones internacionales a utilizar normas comunes sobre indicadores de drogas.

Seminarios y conferencias

El Grupo Pompidou organiza periódicamente seminarios en que los investigadores, los entes normativos y otros profesionales intercambian sus experiencias. Varios seminarios trataron cuestiones relacionadas con el sistema de seguimiento de ciudades múltiples. Los seminarios resultaron instrumentos útiles para lograr un consenso más amplio y más general sobre las normas relativas a los indicadores del sistema de seguimiento y la utilización de los resultados del seguimiento en las políticas y las intervenciones.

En 2003, el Grupo Pompidou organizaría una conferencia estratégica sobre la situación en materia de epidemiología de las drogas a fin de escoger nuevas rutas para sus actividades futuras en el campo de la epidemiología y el ulterior desarrollo de sistemas de seguimiento locales.

Publicaciones

En el sitio web del Grupo, accesible a través del portal del Consejo de Europa (www.coe.int/T/E/Social_cohesion/Pompidou_Group/) se puede consultar una sinopsis de los informes disponibles del Grupo Pompidou.

Además de los informes de los equipos de proyectos sobre temas específicos, el propio estudio de ciudades múltiples tiene un sistema de información de tres pasos.

Informes anuales sobre ciudades seleccionadas

Los informes anuales sobre ciudades seleccionadas solían ser monografías concisas que reflejaban los hechos, las tendencias y el contexto de la situación local de las drogas, pero en el decenio de 1990 muchos de los informes se redujeron a informes de datos básicos cuando la creciente demanda de información e informes superó los recursos que los participantes podían asignar a sus actividades. La ampliación de la red a más de 30 ciudades que presentaban informes todos los años, que tuvo lugar en la segunda mitad del decenio de 1990, dificultó la distribución de los informes por ciudades. En 1998 se decidió que los informes anuales de las ciudades fueran sustituidos por formularios de tipo cuestionario para reunir datos de indicadores e información de contexto.

Informes anuales de síntesis de las tendencias en la red

Los datos indicadores clave de los informes de las ciudades se resumían todos los años en informes cortos sobre las principales tendencias observadas. Hasta 1997,

las tendencias se comunicaban principalmente como cambios observados en el año objeto del informe en comparación con el año precedente. Desde 1998, los informes de síntesis anuales presentan actualizaciones de las tendencias a largo plazo en la medida en que lo permiten los datos disponibles.

Para facilitar las comparaciones entre ciudades, los datos indicadores se presentan en los informes de síntesis como porcentajes o cifras relativas al tamaño de la población de las ciudades de que se trate.

Informes del estudio de ciudades múltiples

Los informes periódicos del estudio de ciudades múltiples resumen e integran las tendencias y las novedades en la red en un período de 5 a 10 años. El primer informe del estudio de ciudades múltiples, publicado en 1987, abarcó siete ciudades capitales de Europa y examinó la validez, pertinencia y comparabilidad de varios indicadores utilizados para evaluar las tendencias del uso de drogas. El segundo informe, publicado en 1994, comunicó las tendencias hasta 1991 en 13 ciudades. El tercer informe, publicado en 2000, abarcó el período 1991-1998 y comprendió a 42 ciudades para tener en cuenta la expansión de la red a Europa oriental en el decenio de 1990; prestó especial atención a las diferencias entre Europa occidental y Europa oriental.

Sistema de seguimiento de ciudades múltiples

El sistema de seguimiento de la red de ciudades múltiples se basa en un conjunto de indicadores comunes del uso de drogas y sus problemas; los datos para esos indicadores se reúnen sobre una base anual. La reunión de datos indicadores se complementa con información sobre la naturaleza y el origen de los datos locales y sobre el contexto ambiental del uso de drogas y los problemas de las drogas. Los formatos uniformes de los informes y las directrices facilitan las actividades de seguimiento. Desde 2002, ha sido posible completar los formularios para los informes en forma electrónica; la información reunida se almacena en una base de datos de ciudades múltiples.

Indicadores

Los indicadores del uso de drogas y los problemas de las drogas constituyen la base de los informes de ciudades múltiples. Los indicadores básicos, que han permanecido constantes a lo largo de los años, abarcan las siguientes esferas:

- a) *Prevalencia*: la prevalencia del uso de drogas sobre la base de los estudios en las escuelas y de la población en general;
- b) *Uso de drogas problemático*: uso de drogas por inyección; estimaciones del uso de drogas problemático;
- c) *Tratamiento*: demanda de tratamiento en general y de tratamiento por primera vez; sustitución de opiáceos (desde 1997); emergencias no fatales relacionadas con las drogas, y admisiones a hospitales generales y psiquiátricos (hasta 1996);

d) *Morbilidad y mortalidad relacionadas con las drogas*: la hepatitis B, la hepatitis C (desde 1998), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) relacionados con las drogas, y las muertes relacionadas con las drogas;

e) *Delitos contra las leyes sobre drogas*: detenciones por delitos contra las leyes sobre drogas; condenas por delitos contra las leyes sobre drogas, y uso de drogas en las cárceles (hasta 1996);

f) *El mercado de las drogas*: incautaciones de drogas, y precios y pureza de las drogas en la calle.

La terminología, los conceptos y los formatos de los informes relativos a los indicadores se especifican en las directrices para el estudio de ciudades múltiples, que se actualizan periódicamente. En la tercera revisión de las directrices, las definiciones y los formatos de los informes se pusieron en consonancia con los aplicados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías para los sistemas de informes nacionales.

Aunque el conjunto de indicadores del estudio de ciudades múltiples corresponde a lo que en todo el mundo se percibe como los requisitos básicos de los sistemas de seguimiento del uso de drogas (por ejemplo, los expresados por los expertos que asistieron a la Reunión de Consenso sobre los Sistemas de Información sobre Drogas: Principios, Estructuras e Indicadores, celebrada en Lisboa el 20 y 21 de enero del 2000), cabe señalar que sobre las definiciones y los formatos de las comunicaciones de varios indicadores todavía se está discutiendo. La pertinencia de algunos indicadores para los sistemas de seguimiento locales también es objeto de examen. Por último, el consenso sobre los indicadores entre los expertos de la red de ciudades múltiples no implica necesariamente que los indicadores se estén aplicando a nivel de ciudades. En realidad, la mayoría de las ciudades participantes por el momento sólo pueden proporcionar datos de un subconjunto de indicadores.

En un caso ideal, los indicadores son estimaciones científicas cuantitativas para la ciudad objeto del informe. En el caso de la prevalencia entre la población escolar o general, esto implicaría que los datos del estudio comunicados están ponderados en relación con las estimaciones estadísticas de valores de población; en el caso de las detenciones, las estadísticas administrativas representan, por definición, la situación real ya que sólo la policía detiene a personas por delitos contra las leyes sobre drogas. En otros casos, por ejemplo los datos sobre tratamiento, las cifras comunicadas suelen ser meros datos administrativos cuantitativos, que pueden o no representar la situación real.

Fuentes de datos, cobertura y métodos de reunión

De conformidad con su mandato, los expertos del estudio de ciudades múltiples siempre se han ocupado de los aspectos metodológicos de los datos indicadores. Las explicaciones sobre las fuentes, la cobertura y los métodos utilizados para reunir los datos comunicados se consideran como una parte intrínseca de cualquier

comunicación de indicadores, ya que esas explicaciones son indispensables para la evaluación de la viabilidad y comparabilidad de los datos. La diferencia es bastante grande si, por ejemplo, los datos sobre tratamiento comunicados abarcan sólo los servicios especializados orientados hacia la abstinencia o incluyen servicios de umbral bajo y tratamientos proporcionados por médicos generalistas locales. Desde 1998, la información sobre la metodología utilizada para obtener los datos se ha reunido sobre la base de formatos de comunicación estándar, pero todavía se sigue examinando la cuestión de cómo resolver esas diferencias en las metodologías a los fines de la evaluación de las tendencias.

Opiniones de los expertos

Desde el establecimiento del sistema de seguimiento, la mayoría de los expertos han expresado sus opiniones sobre el uso y los problemas de drogas en las ciudades de que se trata, aun si no han tenido datos cuantitativos suficientes para respaldar sus evaluaciones de la situación o las tendencias percibidas. Asimismo, cuando se dispone de datos cuantitativos sobre indicadores y contextos, los datos suelen ser incompletos o su validez o fiabilidad son cuestionables, mientras que las buenas explicaciones científicas de los datos disponibles localmente escapan, en muchos casos, a las posibilidades de los expertos que comunican los datos. En consecuencia, siempre ha habido algunas "estimaciones aproximadas" de la evolución y las situaciones locales. El examen y la impugnación de esas "estimaciones aproximadas" han sido una función importante de las deliberaciones en mesa redonda que tienen lugar en las reuniones anuales del grupo de expertos.

En los últimos años, el estudio de ciudades múltiples y otros proyectos del grupo de expertos han experimentado con la reunión sistemática de opiniones de expertos sobre tendencias y novedades, considerando a los profesionales no solo como investigadores científicos sino también como expertos en los objetos del seguimiento. Los resultados iniciales han sido prometedores y las opiniones de los expertos sobre algunos aspectos de las tendencias se han incluido en el sistema de seguimiento de ciudades múltiples en la tercera revisión de sus directrices.

La inclusión de las opiniones de expertos puede compensar la falta de estimaciones cuantitativas de datos indicadores o cuando los datos cuantitativos no se pueden considerar como estimaciones válidas y fiables de valores de población. Aunque el objeto principal del estudio de ciudades múltiples es el desarrollo y la aplicación de indicadores cuantitativos de base científica, la falta total de información, que significa que no se pueden seguir las tendencias epidemiológicas, no constituye una buena base para la aplicación de políticas e intervenciones sobre drogas. La reunión sistemática de opiniones de expertos fue aceptada como parte integral del sistema de seguimiento mundial del PNUFID basado en los cuestionarios para los informes anuales. En 2002, el estudio de ciudades múltiples adoptó también formatos de comunicación estándar para la reunión de opiniones de expertos, además de los formatos para la reunión de datos indicadores cuantitativos. Hay que reconocer, sin embargo, que la metodología práctica y apropiada para la evaluación de las opiniones de expertos todavía requiere más elaboración.

Contexto

Los datos indicadores reflejan en cierta medida el entorno en que se han reunido. Esto es importante para comprender los datos e interpretar las tendencias, en particular cuando se comparan datos indicadores de diversas ciudades. La información de contexto pertinente puede incluir las características demográficas, socioeconómicas y socioculturales de las ciudades, el historial del uso de drogas local, la organización y los recursos de las estructuras de intervención, la evolución de las políticas y las leyes sobre drogas, y las respuestas y las actitudes del público al uso de drogas.

Aunque se reconoce en general la necesidad de contar con información de contexto, sigue habiendo dificultades para decidir qué información de contexto facilita una mejor comprensión y comparabilidad de los datos indicadores. Los estudios comparativos de las pautas del uso de drogas que tienen en cuenta el contexto todavía son bastante raros. Hasta 1998, en los casos en que se comunicaba información de contexto para el estudio de ciudades múltiples, ésta no se ajustaba a un formato establecido. Aunque esto daba al experto considerable flexibilidad para tratar los aspectos que podrían ser pertinentes a su ciudad, limitaba los análisis comparativos, ya que cada experto podía centrar la atención en cuestiones diferentes. En 1998, el estudio de ciudades múltiples introdujo iniciativas para mejorar el ámbito y la comparabilidad de la información de contexto añadiendo formatos de comunicación uniformes para los perfiles de ciudades y organizando cursos prácticos sobre “interpretación” estructurada durante las sesiones plenarios del grupo de expertos.

Dado que la reunión de información de contexto pertinente puede ser bastante complicada y tomar mucho tiempo, y que el contexto no siempre está sujeto a cambios importantes en un período corto, esa información sólo se reúne en el sistema de seguimiento de ciudades múltiples cada cuatro o cinco años, antes de la publicación del informe periódico sobre el estudio de ciudades múltiples.

Instrumentos facilitadores

Formularios para los informes

En 1998, durante la tercera revisión del sistema de seguimiento de ciudades múltiples, se introdujo por primera vez el formato electrónico para la reunión de datos. Aunque se reconoció que constituían una mejora para los informes de las ciudades, en la práctica los formatos utilizados (Microsoft Word y matrices de Excel) plantearon más problemas que los que resolvieron debido a su dependencia de las plataformas electrónicas, los sistemas operativos y las versiones de los programas informáticos. En la revisión de 2002, que tuvo en cuenta las novedades en los cuestionarios para los informes anuales del PNUFID, el cuestionario para el informe anual de ciudades múltiples se transfirió a un formato informático especial a fin de resolver los problemas con que se había tropezado anteriormente y crear automáticamente una base manejable de datos sobre ciudades múltiples. Los formularios

para los informes que se distribuyeron incluían un nexo automático, relacionado con el contenido, a las directrices del estudio de ciudades múltiples.

El actual formato de presentación de informes se puede examinar en la página del proyecto de ciudades múltiples en el sitio web del coordinador del estudio de ciudades múltiples (www.quinx.nl).

Base de datos

En el marco del estudio de ciudades múltiples de 2000, se construyó una base de datos de todos los datos indicadores comunicados desde 1991. En el futuro próximo, el nuevo formato electrónico del informe anual de la red de ciudades múltiples se vinculará a la base de datos, lo que permitirá a los expertos de las ciudades comparar los nuevos datos con la información comunicada anteriormente o con datos de otras ciudades.

Los subconjuntos de datos indicadores clave de la base de datos pueden ser consultados, en principio, por todos los investigadores interesados. Los detalles figuran en www.quinx.nl.

Experiencia adquirida

Los 20 años de experiencia con el estudio de ciudades múltiples del Grupo Pompidou permiten extraer algunas conclusiones sobre la evolución y el mantenimiento de los sistemas y las redes de seguimiento basadas en ciudades con respecto al uso de drogas y los problemas de las drogas:

a) El estudio de ciudades múltiples ha demostrado su utilidad para desarrollar indicadores pertinentes y llegar a consensos sobre un conjunto de datos indicadores comunes y formatos de informes para observar las tendencias generales del uso de drogas y los problemas conexos. La estructura de la red de ciudades múltiples, que se basa en los compromisos personales de los expertos más que en tareas concretas asignadas y la representación oficial de los gobiernos locales, ha sido el factor clave de este logro. El carácter informal de la red permite discusiones abiertas y flexibilidad para abarcar una gran variedad de aspectos de la situación en materia de drogas. La orientación hacia la investigación que predomina entre los expertos participantes asegura que los indicadores propuestos y utilizados son objeto de evaluación constante sobre su función como prueba de las tendencias y la evolución reales;

b) La estructura informal significa también que la red está menos orientada hacia los resultados en términos de establecimiento de prioridades o finalización de tareas en un plazo determinado. La falta general de relaciones directas con las autoridades locales significa que la red en muchos casos no pueda asegurar la aplicación efectiva de los instrumentos de seguimiento desarrollados a nivel de ciudades. La consecuencia es que la reunión de datos de ciudades, necesaria para validar los indicadores y conocer y analizar las tendencias europeas, tiene importantes deficiencias con respecto a la continuidad de las series cronológicas y la cobertura

y comparabilidad de los datos indicadores. El mantenimiento y la continuación del seguimiento basado en las ciudades exigen que éstas hagan suyo el sistema desarrollado y asuman la responsabilidad de su aplicación;

c) El desarrollo de indicadores y formatos de presentación de informes debe tener lugar junto con el desarrollo de servicios para mantener un sistema de seguimiento. Éstos incluyen no solo procedimientos eficaces para reunir datos indicadores, servicios de apoyo para encuestados y bases de datos accesibles, sino también la transmisión de información a las ciudades que proporcionan los datos. Durante mucho tiempo, éste no fue el caso. El aumento del número de ciudades participantes, así como el creciente cumplimiento de los protocolos de los indicadores y la demanda de información sin servicios para la gestión de los datos, hizo que los sistemas de seguimiento fueran víctimas de su propio éxito relativo: un sistema de reunión de datos en el que falten muchos valores y que no sea fácilmente accesible no dará lugar a un análisis significativo o a una comprensión de las pautas y tendencias epidemiológicas.

Estas conclusiones indican que tiene sentido establecer una diferencia entre el desarrollo y la evaluación de sistemas de seguimiento, por una parte, y su aplicación y mantenimiento, por la otra. Ambas tienen diferentes exigencias sobre los tipos de redes necesarias. Las estructuras informales orientadas hacia las ciudades favorecen tanto el desarrollo como la evaluación; la aplicación y el mantenimiento requieren estructuras más formales que permitan asegurar la continuidad y la infraestructura necesaria.

Las tendencias de las drogas en los Estados Unidos de América: la función del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria como parte de un sistema amplio de información sobre drogas

Z. SLOBODA

*Instituto de Salud y Política Social, Universidad de Akron, Akron, Ohio
(Estados Unidos de América)*

N. J. KOZEL

*División de Epidemiología, Servicios de Investigación y Prevención,
Instituto Nacional contra la Drogadicción, Institutos Nacionales de Salud,
Bethesda, Maryland (Estados Unidos de América)*

RESUMEN

El Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria conmemoró su vigésimo quinto aniversario en una reunión celebrada en junio de 2001. La reunión proporcionó una oportunidad para reflexionar sobre sus contribuciones a la comprensión del uso indebido de drogas y las pautas del uso indebido en los Estados Unidos de América. En el presente artículo se examinan esas contribuciones desde dos perspectivas: los aspectos sustantivos de la epidemiología del uso indebido de drogas y los métodos epidemiológicos para el estudio del uso indebido de drogas.

Nociones clave: modelo CTEC; sistemas de seguimiento; pautas emergentes del uso de drogas.

Introducción

Desde la creación del Instituto Nacional contra la Drogadicción (NIDA) en 1974, se han establecido varios sistemas de datos para evaluar la situación del uso del alcohol, el tabaco y las drogas en los Estados Unidos de América. Los estudios periódicos tradicionales de miembros de muestras representativas de hogares y escuelas han proporcionado estimaciones de las tasas de prevalencia del uso de esas sustancias y de los problemas relacionados con ese uso. Aunque los estudios proporcionan excelente información para orientar el establecimiento de políticas, no ofrecen información sobre las tendencias emergentes del uso de sustancias. Además, dado que los estudios son por lo general costosos, hasta hace poco sólo se realizaban en el plano nacional. Las estimaciones del uso a nivel de los estados

o a nivel local, en particular entre miembros de hogares, se hicieron mediante una diversidad de métodos de extrapolación, cada uno con sus propios problemas metodológicos, lo cual afectó a la validez de sus productos. El estudio sobre el uso indebido de drogas en los hogares más importante de los Estados Unidos, el Estudio Nacional de los Hogares sobre el Uso Indebido de Drogas, está a cargo de la Administración de Servicios de Salud Mental y Uso Indebido de Sustancias, un organismo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; ese estudio se ha ampliado recientemente, con un muestreo de hogares de varios estados.

La información local periódica sobre las tendencias del uso indebido de drogas y, en particular, las pautas emergentes del uso han sido más difíciles de evaluar con métodos epidemiológicos tradicionales. A principios del decenio de 1970, un grupo de proveedores de servicios de tratamiento de toxicomanías que deseaba realizar una evaluación de las necesidades para planificar servicios en la zona de Washington, D.C., desarrolló una singular adaptación de técnicas de seguimiento tomadas del campo de la salud pública. Este grupo estaba compuesto de expertos que o bien tenían acceso a datos o bien estaban familiarizados con el uso de la heroína en la zona. En las reuniones del grupo no solo se hicieron estimaciones del número de usuarios de heroína problemáticos, sino que también se identificaron los problemas del uso de drogas y otros problemas emergentes [1 y 2]. Ésta fue la base para la creación del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria (GTEC). La labor del GTEC permitió especificar la diversidad geográfica de las pautas del uso de drogas y detectar pautas emergentes de ese uso. Estos problemas emergentes se han incorporado en los estudios nacionales de los hogares y las escuelas para establecer estimaciones de la prevalencia en el país. Se han descrito pautas emergentes, como las del uso de metacualona (Quaalude), flunitrazepam (Rohipnol) y cocaína crack, y la reciente tendencia ascendente del uso de cannabis, metanfetamina y heroína; recientemente se describieron el uso del hidrocloreuro de oxicodona (OxyContin), el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) y drogas conexas [3 a 5]. Para los epidemiólogos del uso indebido de drogas y los investigadores especializados en la prevención, la combinación de la información de los estudios de los hogares y las escuelas y los informes del GTEC han fomentado la realización de más estudios de intervenciones de prevención y analíticos.

El Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria

Tal como está constituido, el GTEC está compuesto de representantes de ciudades centinela* de los Estados Unidos que representan las principales regiones geográficas del país y la diversidad de la población nacional. Aunque la información sobre las zonas urbanas constituye el aspecto central de las descripciones epidemiológicas de las zonas representadas, más recientemente los miembros del GTEC han comenzado a reunir información de zonas suburbanas y rurales adyacentes a las zonas principales. Las reuniones de los miembros del GTEC, que son financiadas

* Atlanta, Baltimore, Boston, Chicago, Detroit, Filadelfia, Fénix, Honolulu, Los Ángeles, Miami, Newark, Nueva Orleans, Nueva York, St. Louis, San Diego, San Francisco, Seattle y Washington, D.C.

por el NIDA, se celebran dos veces al año, en junio y en diciembre. Durante varios años, los miembros del GTEC y el personal del NIDA han venido desarrollando formatos de comunicación periódica de información que tienen por objeto reunir información equivalente [6]. A esta base, los miembros añaden las conclusiones de los estudios de investigación realizados en sus zonas, así como, en muchos casos, información etnográfica o más cualitativa centrada en los problemas de drogas específicos de la zona.

El modelo del GTEC ha resultado atractivo para muchos otros países y regiones del mundo. Atrae, en particular, a los países con escasos recursos humanos y financieros. A diferencia de los estudios y otros métodos epidemiológicos, el modelo no presupone la existencia de una pauta determinada de uso indebido de drogas. El objetivo principal del modelo es identificar las drogas que son objeto de uso indebido en ese momento, describir su composición química y sus efectos psicoactivos, determinar las modalidades de administración e identificar las características de las poblaciones que hacen uso indebido de esas drogas. La comprensión de estos parámetros permite desarrollar otros estudios descriptivos y diseñar estudios analíticos basados en hipótesis.

El modelo tiene dos componentes esenciales: expertos que están familiarizados con el uso indebido de drogas en sus comunidades y datos accesibles que ya existen o que se pueden obtener fácilmente de varias agencias u organizaciones locales. El grupo de expertos en uso indebido de drogas utiliza un formato normalizado para resumir datos de una diversidad de fuentes "pasivas", como los informes u otras bases de datos existentes, y fuentes "activas", como los estudios de población. Los expertos presentan su informe sobre las tendencias actuales en una zona local y examinan esas tendencias a fin de determinar aspectos comunes o identificar posibles influencias sobre cualquier tendencia en transición que se haya observado. También especifican las lagunas en sus bases de datos, establecen prioridades en cuanto a las lagunas que deben colmarse y desarrollan formas específicas de abordar esas lagunas. Seguidamente, se prepara un informe en el que se resumen los datos y los resultados de las deliberaciones, y el informe se distribuye a los encargados de establecer las políticas, los planificadores de programas y los especialistas y otros investigadores.

La historia natural del uso de drogas ayuda a determinar el lugar donde hay que buscar los datos sobre los usuarios de drogas. Cada droga produce sus propios efectos fisiológicos sobre el usuario. La mayoría de las drogas no se usan en su forma pura y pueden estar mezcladas con otras sustancias nocivas. Además, la forma en que se usan las drogas puede tener efectos sobre la salud. Por ejemplo, la inyección de drogas, en particular con agujas sucias, puede producir embolias o coágulos, sepsis y otras infecciones que requieren atención médica, casi siempre en salas de emergencia de hospitales. Algunas veces, el usuario toma una sobredosis de una droga y fallece. Se sabe también que cuando un usuario pasa a depender de más de una droga determinada desarrolla una tolerancia a esa droga y requiere dosis más altas y mayores para lograr los efectos deseados y para combatir los síntomas de la abstinencia. El resultado es que algunos usuarios buscan tratamiento directamente, pero con frecuencia son sus familias, sus empleadores o el

sistema judicial los que lo inducen a someterse a tratamiento. Por último, los usuarios de drogas pueden violar leyes locales sobre drogas o participar en actividades ilícitas para obtener su sustento y financiar su uso de drogas. Este examen de la historia natural del uso de drogas sugiere seis posibles fuentes de información sobre toxicómanos de drogas: los registros de las salas de emergencia y de las admisiones a hospitales; los informes de salud pública sobre enfermedades infecciosas; los informes sobre fiscalización de venenos; los registros de fallecimientos llevados por médicos forenses, jueces de instrucción u otros departamentos; las admisiones a centros de tratamiento del uso de drogas, y los informes sobre detenciones.

Aunque esas fuentes de información son buenas, tienen las siguientes limitaciones: *a)* incluyen a personas que pueden haber usado drogas una sola vez; *b)* no están “basadas en la población”, es decir, de las cifras proporcionadas no se pueden calcular tasas de prevalencia e incidencia del uso de drogas para la población general; *c)* dado que el usuario de drogas puede aparecer en uno o en todos sus registros, cada registro no puede considerarse en forma independiente de los otros, y *d)* los registros son sensibles a los cambios administrativos y de políticas (por ejemplo, si un funcionario municipal, en respuesta a la opinión pública, ordena una campaña contra los usuarios de drogas, el número de detenciones aumenta). Además, muchos programas públicos están diseñados para atender a los menos acomodados, con lo cual se introduce otro posible sesgo. El experto local tiene más conciencia de cualquier factor que pudiera influir en la información que reúne.

Entre los otros tipos de información de organismos del orden público que han utilizado las redes figura la información sobre incautaciones de drogas, como la cantidad y el tipo de las drogas incautadas en un período determinado. También se ha reunido información sobre el precio y la calidad de las drogas en la calle. Evidentemente hay limitaciones en cuanto a la forma de utilizar o interpretar esa información pero, sorprendentemente, a lo largo del tiempo el precio y la calidad de las drogas en la calle puede aumentar en importancia, en particular cuando la información se utiliza junto con otra información obtenida de fuentes más fiables.

El presente modelo se puede utilizar para una ciudad, un país o una región. Cuando zonas de un país o varios países desean constituir un sistema más grande, ese sistema o red debe incluir a representantes individuales de cada uno de los sistemas o redes locales. Cada representante debe presentar las conclusiones de su red. Las deliberaciones deben referirse a las novedades en la zona geográfica más grande a fin de determinar tendencias comunes.

Varios países han adaptado y usado el modelo. Los conocimientos sobre el GTEC provienen de varias fuentes. Durante los últimos 25 años, los epidemiólogos, otros investigadores y entes normativos han sido invitados a asistir a reuniones y hacer presentaciones sobre las pautas del uso de drogas en sus países de origen. Fue principalmente mediante este enfoque que el Grupo Pompidou del Consejo de Europa creó un grupo de expertos en epidemiología en 1982. La misión del grupo de expertos era desarrollar sistemas de seguimiento para evaluar la naturaleza y la magnitud del uso indebido de drogas y los problemas conexos en Europa [7]. Durante los últimos 20 años, varios cientos de expertos de más de 40 países europeos han participado durante ciertos períodos en las actividades del

grupo de expertos. Cada Estado miembro de la Comisión Europea envía a un representante a una reunión anual para que comunique las pautas del uso indebido de drogas en su país. Se seleccionaron ciudades centinela, con frecuencia las capitales de los Estados miembros, como sitios para las actividades de reunión de datos. Algunos países crearon sus propios grupos de trabajo de epidemiología comunitaria e identificaron ciudades centinela en regiones autónomas.

Funcionarios de salud pública mexicanos también mostraron interés en el modelo del GTEC y comenzaron a reunir información sobre uso indebido de drogas en sitios clave. México adaptó el modelo de tal modo que, en lugar de examinar solamente los datos existentes, se desarrollaron instrumentos de entrevistas para utilizar en diversos entornos institucionales y administrar a una muestra de clientes para determinar los tipos de drogas en uso y los métodos y la frecuencia de su uso. Se consideró que el uso del alcohol era el principal problema de salud pública, por lo cual los instrumentos se utilizaron también para reunir información sobre el consumo de alcohol. La razón de que los epidemiólogos mexicanos añadieran las formas más activas de reunión de datos fue que muchos de los datos existentes eran incompletos o habían desaparecido. El modelo mejorado fue adoptado por varios otros países para desarrollar sus sistemas de información sobre el uso indebido de drogas [8].

Los modelos, o variaciones de esos modelos, se han aplicado en el Canadá, en América Central y América del Sur, en el Caribe, en el Asia meridional y sud-oriental y en el África oriental y meridional. El Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas ha desarrollado un manual sobre capacitación autónoma y sobre cursos prácticos de capacitación que sigue el modelo del GTEC, que pueden utilizar los Estados interesados en establecer sistemas de información sobre el uso indebido de drogas.

La contribución del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria al “fondo” del uso indebido de drogas

En los últimos 25 años, el GTEC ha aportado contribuciones al “fondo” del uso indebido de drogas de tres maneras principales: definiendo las tendencias emergentes, examinando la relación temporal y espacial de las pautas y prácticas del uso indebido de drogas y generando cuestiones de investigación.

Tendencias emergentes

Históricamente, las pautas emergentes del uso de drogas se observan inicialmente en los datos de los organismos de orden público y de las salas de emergencia de los hospitales. Esos sistemas suelen observar las tendencias, generalmente dentro de la población de usuarios de drogas, entre uno o dos años antes de su observación en la población en general mediante estudios de los hogares o de las escuelas. En casi todas las reuniones del GTEC se informa de nuevas pautas del uso de drogas, que consisten en el uso indebido de nuevas drogas o combinaciones de drogas, métodos nuevos o alternativos de administración de las drogas o nuevas

poblaciones de usuarios de drogas. Desde los comienzos del GTEC, se han detectado varias pautas emergentes.

Entre las nuevas drogas observadas figuran la metacualona (Quaalude) a finales del decenio de 1970, la cocaína crack a principios del decenio de 1980, el flunitrazepam (Rohypnol) a principios del decenio de 1990 y, más recientemente, el GHB y el hidrocloreuro de oxycodona (OxyContin). La detección de esas drogas de uso indebido dio lugar a la intervención de los organismos de salud pública de las comunidades afectadas, que alertaron a los hospitales y a los organismos de orden público y utilizaron medios electrónicos e impresos para alertar a la población. Aunque la respuesta a las observaciones relativas a la cocaína crack fue lenta, la respuesta a las otras drogas fue más inmediata y difundida. Informar a la población sobre las nuevas drogas de uso indebido ha sido uno de los principales objetivos del GTEC y su organismo patrocinador, el NIDA, que prepara y distribuye boletines de alerta comunitaria sobre la emergencia de drogas de uso indebido.

Uno de los nuevos métodos de administración de drogas comunicado a principios del decenio de 1990 en el GTEC fue la preparación de grandes cigarros de cannabis. Esos cigarros, denominados "blunts", se observaron por primera vez entre los jóvenes afroamericanos de 10 a 19 años de edad de la parte nororiental de los Estados Unidos. Por lo general, se fumaban acompañados con una botella de 40 onzas de licor de malta. El uso de estos cigarros se propagó a otras partes del país. El uso combinado de blunts y alcohol se volvió tan prevalente que fue mencionado en películas y en la música rap. A mediados del decenio de 1980, la Dirección de Lucha contra la Droga de los Estados Unidos observó que los grupos colombianos asociados a la preparación y el tráfico de cocaína también estaban cultivando adormidera [9]; a mediados del decenio de 1990, había disponibilidad de heroína colombiana. La heroína colombiana era más pura que la heroína proveniente de Asia y suficientemente pura para tener fuertes efectos sicoactivos aun cuando se la esnifaba. Durante el mismo período, se demostró el vínculo entre el uso de heroína por inyección y de heroína combinada con cocaína y la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por consiguiente, se consideró que la heroína que pudiera utilizarse sin inyección era más segura. La disponibilidad de esa heroína pura a bajo costo dio lugar a un mayor número de informes (de los organismos de orden público y de los proveedores de tratamiento del uso de sustancias) sobre los usuarios de drogas que esnifaban heroína, al mismo tiempo que disminuyeron los informes sobre los usuarios de heroína por inyección. Un último ejemplo de la identificación por el GTEC de nuevos métodos del uso de drogas es la inyección de cocaína crack. Hasta la reunión del GTEC celebrada en Nueva Orleans en diciembre de 1994, no había habido informes de inyección de cocaína. En esa reunión, Rodolphe Ingold, un siquiatra de París, informó acerca de grupos de usuarios de crack que se inyectaban cocaína después de disolverla en jugo de limón [10]. Tras esa presentación, los informes comenzaron a incluir otros casos de inyección de crack disuelta en jugo de limón o vinagre. El nuevo método de administración causó gran preocupación entre las autoridades de salud pública, ya que aumentaba significativamente el riesgo de infección con el VIH y la hepatitis entre los usuarios.

El GTEC también observó casos de nuevos grupos demográficos que entraban en el ambiente de las drogas. El uso de heroína (al principio mediante esnifado y más tarde por inyección) entre jóvenes de zonas suburbanas, por ejemplo, se observó en las ciudades centinela durante todo el decenio de 1990. Más recientemente, aunque el uso de la cocaína crack ha disminuido en algunas poblaciones, en particular entre los afroamericanos, estaba aumentando entre los jóvenes hispanos. Uno de los principales cambios del último decenio ha sido el uso de las metanfetaminas. La fabricación y el uso de metanfetaminas han sido endémicos en ciertas partes de los Estados Unidos, principalmente en la parte occidental del país, en California meridional. Ahora bien, a mediados del decenio de 1980, los informes del GTEC sobre ciudades de otras partes del país comenzaron a referirse a un creciente uso de metanfetaminas. En el decenio de 1990, hubo informes de uso de metanfetaminas no solo en zonas en que no se lo había observado anteriormente, sino también entre grupos de edad más joven. La información de la Dirección de Lucha contra la Droga, superpuesta a los informes del GTEC, indicó que la fuente de las metanfetaminas era México y que la distribución de los casos correspondía a las rutas de tráfico utilizadas para transportar cannabis. Otra información indicó que los traficantes de drogas mexicanos que estaban distribuyendo la cannabis también fabricaban y distribuían metanfetaminas.

El principal desafío que enfrentan los miembros del GTEC es determinar cómo aparecen las nuevas pautas del uso de drogas y luego se propagan de una zona del país a otra.

La relación espacio-temporal de las pautas del uso de drogas

De manera similar a una epidemia de una enfermedad infecciosa, las diversas pautas del uso de drogas tienen una relación espacio-temporal. Los informes del GTEC revelan muchos aspectos comunes de las pautas del uso indebido de las drogas tradicionales: la cannabis, la heroína y la cocaína. Sin embargo, parece haber pautas particulares del uso de drogas que son endémicas en ciertas zonas del país. Por ejemplo, como se mencionó más arriba, el uso de las metanfetaminas es un problema que tiene un historial relativamente largo en la parte occidental del país, en particular en California. Cada zona tiene sus propios problemas, como la cumbre y la declinación del uso de la fenciclidina (PCP) en Washington, D.C. Algunas ciudades tienen pautas que se contraponen a las de la mayoría de las otras zonas, como el bajo nivel de uso de heroína en Miami o San Francisco, y la demora de la aparición de la cocaína crack en Chicago. No obstante, esas pautas han ido cambiando con el tiempo y esas y otras ciudades están experimentando un mayor uso de esas drogas. Si bien la experiencia de las diversas ciudades representativas relativas a la detección, prevención y tratamiento de sus actuales problemas de drogas se examina durante las reuniones, la respuesta de salud pública suele verse desbordada por la propagación de las nuevas pautas del uso de drogas.

La observación antes mencionada de que el uso de las metanfetaminas se está propagando en el país es un buen ejemplo de esta relación espacio-temporal. La respuesta a esa evolución en los Estados Unidos incluyó alertas públicas, programas

de prevención en las comunidades en que se había observado el uso de metanfetaminas entre estudiantes de escuelas intermedias y secundarias, y conferencias y cursos prácticos para especialistas y funcionarios de salud pública de las comunidades a fin de proporcionar información sobre el uso de las metanfetaminas y la prevención y el tratamiento de su uso indebido.

Generación de cuestiones de investigación

Las deliberaciones sobre la descripción de las tendencias del uso de drogas de base geográfica y la detección de pautas emergentes del uso de drogas dieron lugar naturalmente a la generación de hipótesis y cuestiones de investigación. Muchas de las cuestiones se abordaron inicialmente mediante estudios etnográficos o cualitativos. Los grupos especiales o los estudios etnográficos a fondo examinan las cuestiones que se han de investigar, las perfeccionan y sugieren poblaciones destinatarias, planes de muestreo y diseños de investigación para estudios más completos. Pach y Gorman describen un estudio sobre las metanfetaminas que dimanó de esa labor [11]. Para el estudio se seleccionaron seis ciudades. Éstas incluyen ciudades en que el uso de la metanfetamina era endémico, aquellas en que parecía haber un problema nuevo y las que tenían pautas de uso que no estaban claras. El estudio proporcionó a los investigadores información sobre las características de la población de usuarios y sugirió otras cuestiones de investigación que podían examinarse. Otras dos cuestiones de investigación sugeridas por los participantes en las reuniones recientes del GTEC tenían que ver con la causa del aumento del número de admisiones a salas de emergencia de hospitales y centros de tratamiento de toxicomanías como resultado del uso de la cannabis, y la causa de la disminución del uso de la cocaína crack entre los afroamericanos.

La contribución del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria a los métodos epidemiológicos para el estudio del uso indebido de drogas

El proceso del GTEC ha aportado contribuciones a los métodos epidemiológicos para el estudio del uso indebido de drogas de diferentes maneras: una es la descripción de la situación del uso indebido de drogas o del “panorama” dentro de una zona geográfica definida; la segunda es la utilización de los conjuntos de datos existentes; la tercera es la integración de la información cuantitativa y cualitativa, y la cuarta es la influencia de este enfoque en países de todo el mundo.

Descripción de la situación local del uso indebido de drogas

Durante los últimos 25 años, en las reuniones del GTEC se observó que ciertas pautas del uso de drogas eran más prevalentes en algunas ciudades que en otras. Las pautas del uso de drogas reflejan no solo las redes de distribución de drogas existentes, sino también los estilos de vida aceptados de los residentes de

las zonas geográficas. Los estilos de vida podían guardar relación con las tradiciones u ocupaciones dominantes. Para los investigadores fue muy interesante observar que algunas de las pautas del uso de drogas se limitaban a una zona o a ciertas subpoblaciones y que no se propagaban a otras zonas o subpoblaciones. El modelo del GTEC, en particular cuando se reúnen datos de varias fuentes diferentes durante períodos diferentes, proporciona un “panorama” de la situación local del uso indebido de drogas. Ese panorama satisface las necesidades de los proveedores de tratamiento, los especialistas en prevención, los organismos de orden público y correccionales y los entes normativos. Con esta información se pueden desarrollar intervenciones selectivas adaptadas a poblaciones específicas. Además, la información descriptiva constituye una buena base para realizar estudios etnográficos y cuantitativos más a fondo.

Utilización de los conjuntos de datos existentes

El GTEC tiene bastante experiencia en la utilización de conjuntos de datos existentes y formatos de informes y enfoques analíticos que han sido desarrollados para manejar conjuntos de datos diversos y no sistemáticos. En general, en la mayoría de las comunidades de los Estados Unidos se dispone de información sobre detenciones relacionadas con las drogas y admisiones a centros de tratamiento de toxicomanías. En muchos de los modelos examinados más arriba, esta información, junto con las entrevistas con informantes clave, constituye la base de los sistemas de información sobre uso indebido de drogas. El GTEC ha ido más allá de esas fuentes y ha incluido información proveniente de salas de emergencia, hospitales, médicos forenses (o jueces de instrucción), incautaciones de drogas (información sobre calidad y precio) y centros de fiscalización de venenos. Recientemente, se ha incorporado a los conjuntos de datos información proveniente de los sistemas de información sobre enfermedades infecciosas de los departamentos de salud, para reflejar no solo los casos de VIH/SIDA entre los usuarios de drogas, sino también casos de hepatitis B y C. Si bien, como se explicó anteriormente, cada fuente de datos tiene sus propias limitaciones, los miembros del GTEC han aprendido por experiencia a evaluar la contribución de cada conjunto de datos y a tener en cuenta sus limitaciones. Los conocimientos sobre las pautas del uso de drogas en sus zonas geográficas proporcionan el “panorama más amplio” que permite mejorar la interpretación de los datos.

Integración de la información cuantitativa y cualitativa

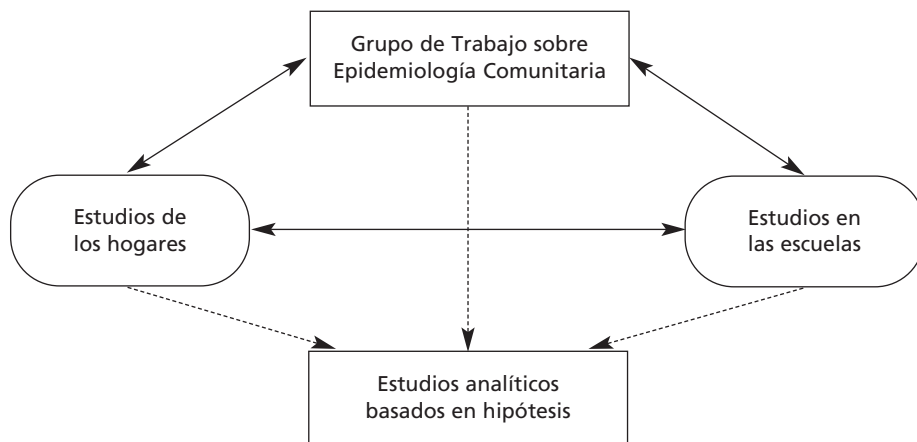
El modelo del GTEC se presta bien a la integración de información cuantitativa y cualitativa. El examen de los datos existentes genera un proceso de investigación para estudiar varias cuestiones o hipótesis que plantean las conclusiones. Muchos de esos estudios exploratorios han dado lugar a más investigaciones analíticas, tanto cuantitativas como cualitativas, que también se han integrado en los estudios en marcha. La información cualitativa recubre el armazón de los datos cuantitativos, mejorando las conclusiones de esos estudios.

También se han iniciado estudios etnográficos piloto para estudiar cuestiones planteadas por las conclusiones del GTEC. El proceso de desarrollar cuestiones de investigación derivándolas de datos cuantitativos y estudiando su importancia mediante métodos cualitativos se describe en una serie de estudios iniciados mediante el proyecto del GTEC [12]. Las cuestiones de investigación se pusieron en contexto mediante un diálogo entre el representante del GTEC y un etnógrafo, y los aspectos etnográficos piloto que resultaron tienen por objeto examinar una cuestión de importancia práctica para la comunidad. Además, esta serie de estudios tuvo por objeto estudiar un proceso para integrar los datos singulares resultantes de utilizar métodos de investigación cuantitativos y cualitativos. Los resultados de esta iniciativa muestran otros beneficios del enfoque del GTEC, que son la posibilidad de llegar a los miembros de la comunidad local de servicios de investigación, la identificación de cuestiones de importancia inmediata, la realización de un estudio selectivo y fundamentado y el suministro de retroinformación a los administradores de salud pública y a los planificadores en un marco temporal corto.

Desarrollo de un sistema de información

La contribución más importante hecha por el concepto del GTEC y su puesta en práctica probablemente haya sido el reconocimiento de que un sistema de información basado en los datos existentes puede mejorar la comprensión de las pautas del uso indebido de drogas en una zona geográfica definida. Este enfoque no costoso de creación de bases para documentar tipos y modalidades del uso de drogas e identificar las características y las ubicaciones de las poblaciones que usan drogas ha ayudado a los entes normativos a desarrollar estrategias de reducción de la demanda y de la oferta, y a determinar sus repercusiones. La historia del GTEC y del valor de sus contribuciones ha demostrado el mérito de este enfoque. Como resultado de ello, grupos de planificación comunitaria de todos los Estados Unidos han apoyado el enfoque, que también ha sido adoptado por profesionales del uso indebido de drogas de países de todo el mundo. Un sistema de información que combine el modelo del GTEC y los estudios de los hogares y las escuelas proporciona los mejores datos para fundamentar la planificación de programas y determinar cuestiones para las futuras investigaciones. La figura muestra el sistema ideal que proporciona el panorama del uso indebido de drogas para una comunidad que utiliza información del tipo GTEC, junto con estudios de los hogares o de la población y estudios en las escuelas. De esta forma, los problemas emergentes se evalúan frente a las pautas prevalecientes del uso de tipos de drogas específicos (tanto estudios de los hogares como de las escuelas) y la iniciación de esas pautas (estudios de las escuelas). Las pautas emergentes observadas con el empleo de los sistemas GTEC proporcionan el marco para las preguntas de los estudios de los hogares y las escuelas que determinan la extensión de la propagación de esas pautas entre la población en general. Las conclusiones de todas estas fuentes de datos generan cuestiones de investigación que pueden ser estudiadas a fondo utilizando enfoques metodológicos tanto cualitativos como cuantitativos.

Sistema integrado de información epidemiológica sobre las drogas



Conclusiones

El uso indebido de drogas es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Con todo, la propia naturaleza de los comportamientos de uso indebido de drogas limita el empleo de métodos epidemiológicos de salud pública tradicionales para evaluar la naturaleza y extensión de esos comportamientos dentro de una zona geográfica definida. Un problema particular del uso indebido de drogas es su carácter evolutivo. Los tipos de drogas objeto de uso indebido y las modalidades de administración, así como los aspectos demográficos de las poblaciones interesadas, requieren un seguimiento constante. El modelo del GTEC desarrollado en los Estados Unidos a principios del decenio de 1970 se presta bien a este fin. Durante las últimas tres décadas, las experiencias de los miembros del GTEC en la descripción cuidadosa de las pautas de uso indebido de drogas y la detección de tendencias emergentes del uso indebido de drogas han facilitado mucho la labor que realizan los organismos de servicios de salud pública para desarrollar estrategias que permitan abordar los problemas antes de que se propaguen. Este instrumento de salud pública se puede utilizar en los planos local, regional, nacional e internacional. La combinación de información generada a través del enfoque del GTEC y su integración con estudios de los hogares o de la población en general y los estudios de las escuelas puede proporcionar una base sólida para describir las prácticas del uso indebido de drogas en una zona geográfica específica. Además, las cuestiones de investigación dimanantes de los datos se pueden examinar mediante actividades de investigación analíticas o basadas en hipótesis. Es evidente que la rápida difusión del modelo del GTEC a otros países y regiones del mundo demuestra la eficacia de su enfoque.

Referencias

1. R. L. Dupont y T. E. Piemme, "Estimation of the number of narcotic addicts in an urban area", *Medical Annals of the District of Columbia*, vol. 42, No. 7 (1972), págs. 323 a 326.
2. Z. Sloboda y N. J. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", *Drug Abuse Origins and Interventions*, M. D. Glantz y C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), págs. 47 a 62.
3. Estados Unidos de América, Instituto Nacional contra la Drogadicción y Grupo de Trabajo sobre Epidemiología Comunitaria, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report, December 2001*. Disponible en línea en <<http://www.drugabuse.gov/CEWG/AdvancedRep/1201ADV/1201adv.html>> (consultado el 13 de noviembre de 2002).
4. Estados Unidos de América, Instituto Nacional contra la Drogadicción y Grupo de Trabajo sobre Epidemiología Comunitaria, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume I: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group; Highlights and Executive Summary, Revised December 2001*, publicación de los Institutos Nacionales de Salud No. 02-5109 (Bethesda, Maryland, mayo de 2002).
5. Estados Unidos de América, Instituto Nacional contra la Drogadicción y Grupo de Trabajo sobre Epidemiología Comunitaria, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Community Epidemiology Work Group, December 2001, Volume II: Proceedings*, publicación de los Institutos Nacionales de Salud No. 02-5110 (Bethesda, Maryland, abril de 2002).
6. Estados Unidos de América, Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Assessing Drug Abuse within and across Communities*, publicación de los Institutos Nacionales de Salud No. 98-3614 (Bethesda, Maryland, 1998).
7. R. Bless, "La experiencia de la red de ciudades múltiples del Grupo Pompidou, 1983-2002", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. LV, núms. 1 y 2 (2003).
8. M. E. Medina-Mora y colaboradores, "México: sistemas para el diagnóstico epidemiológico del uso indebido de drogas", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. LV, núms. 1 y 2 (2003).
9. Estados Unidos de América, Dirección de Lucha contra las Drogas, "Source to the street: mid-1993 prices for cannabis, cocaine, heroin", DEA-93036, Washington, D.C., septiembre 1993.
10. Estados Unidos de América, Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume II: Proceedings, Community Epidemiology Work Group, December 1994*, publicación de los Institutos Nacionales de Salud No. 95-3989 (Bethesda, Maryland, 1995), pág. 334.
11. A. Pach III y E. M. Gorman, "Un enfoque etno-epidemiológico para el estudio de las tendencias emergentes del uso indebido de drogas en sitios múltiples: la propagación del uso de las metanfetaminas en los Estados Unidos de América", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. LIV, núms. 1 y 2 (2002).
12. M. H. Agar y N. J. Kozel, eds., "Special issue on ethnography and substance use: talking numbers", *Substance Use and Misuse*, vol. 34, No. 14 (1999).

La epidemiología de las drogas en las instituciones europeas: antecedentes históricos e indicadores clave

R. L. HARTNOLL

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa (Portugal)

RESUMEN

En el presente artículo se pasa revista a la evolución de la epidemiología de las drogas en Europa desde el decenio de 1960 hasta el presente, en el contexto de las cambiantes percepciones del fenómeno de las drogas y las cambiantes necesidades de información que tienen los entes normativos. En particular, centra la atención en la forma en que los indicadores epidemiológicos se desarrollaron como parte de los instrumentos y las estructuras políticas e institucionales europeas emergentes para hacer frente a las drogas ilícitas. Se señala también la importancia de acontecimientos internacionales de mayor alcance en materia de epidemiología de las drogas y de la cooperación entre las redes de investigadores.

El interés por la epidemiología a nivel europeo se observó por primera vez a principios del decenio de 1970 con la creación del Grupo Pompidou. Los trabajos sobre diversos indicadores de las drogas se aceleraron en el decenio de 1980, tras el establecimiento de un grupo de expertos en epidemiología dentro del Grupo Pompidou del Consejo de Europa. Esto propició la fundación por la Unión Europea del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) en 1993.

Durante el decenio de 1990, el OEDT, junto con los Estados miembros, desarrolló otros cinco indicadores epidemiológicos clave de la prevalencia de las drogas y las consecuencias para la salud, a fin de mejorar la calidad y la comparabilidad de los datos básicos necesarios para describir y analizar el fenómeno de las drogas a nivel europeo. A principios del decenio de 2000, esos indicadores fueron adoptados por los Estados miembros, respaldados por el Consejo Europeo e incorporados en la estrategia de la Unión Europea sobre las drogas para el período 2000-2004. El objetivo actual es asegurar la aplicación de esos indicadores clave en los Estados miembros como base para un sistema de la Unión Europea de información epidemiológica sobre las drogas. Es esencial complementar esos indicadores con investigaciones cualitativas y cuantitativas y con información de contexto a fin de interpretar correctamente los datos y proporcionar respuestas que sean pertinentes a las necesidades en materia de políticas.

Nociones clave: epidemiología; sistemas de seguimiento de las drogas; indicadores; Europa.

La epidemiología de las drogas en Europa: raíces históricas

La epidemiología de las drogas en Europa tiene ancestros mixtos, ya que incorpora influencias de diversas disciplinas, no solo la epidemiología clásica y el seguimiento de la salud pública, sino también la epidemiología clínica, la sociología, la psicología social, la demografía, la antropología, la criminología y la economía. La evolución de este ente híbrido se produjo a diferentes ritmos y por conducto de diferentes agentes en los diversos países, por lo que no sorprende el hecho de que el término "epidemiología de las drogas" se haya entendido con frecuencia de diferentes maneras.

La evolución de la epidemiología de las drogas refleja también aspectos del consumo de drogas que causan preocupación en diversas esferas, tanto en el plano nacional como, a partir del decenio de 1970, en el plano europeo. El presente artículo traza el camino que siguió el proceso evolutivo en el contexto de las cambiantes percepciones del fenómeno de las drogas y las cambiantes necesidades de información de los entes normativos. No describe la situación en diferentes países ni examina la amplia gama de investigaciones epidemiológicas. Más bien, proporciona una visión general de la forma en que la epidemiología, y en particular los indicadores epidemiológicos, se han desarrollado como parte de la aparición de instrumentos y estructuras políticas e institucionales europeas para hacer frente a las drogas ilícitas.

Primeros ejemplos en países europeos

El consumo nacional de drogas no fue un tema importante en Europa hasta el decenio de 1960, aunque mucho antes en el siglo algunos países se habían planteado algunas cuestiones específicas, por ejemplo, acerca de la cocaína o del tratamiento de la adicción a los opiáceos. Uno de los primeros casos en que esto llevó al establecimiento de un sistema de seguimiento especial se dio en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, donde a mediados del decenio de 1930 se estableció el índice de adictos registrados del Ministerio del Interior, que continuó hasta el decenio de 1990.

En general, sin embargo, el interés por los estudios epidemiológicos o los sistemas para describir o rastrear el consumo de drogas no se despertó en Europa hasta la emergencia de los ambientes juveniles de drogas en el decenio de 1960 y principios del decenio de 1970, que causaron preocupación y dieron lugar a una diversidad de investigaciones, principalmente, aunque no exclusivamente, en Europa septentrional, por ejemplo en Alemania, Francia, los Países Bajos, los países escandinavos y el Reino Unido. Estos estudios incluían expedientes clínicos o estadísticas de los hospitales, informes basados en datos de la policía o de medicina forense, estudios de grupos pequeños de consumidores de drogas y estudios de muestras locales o a veces nacionales de adolescentes o estudiantes. En ese momento, los estudios se referían principalmente a la cannabis, aunque incluían las anfetaminas y la dietilamida del ácido lisérgico (LSD). En Noruega y Suecia, los estudios periódicos han continuado hasta el presente.

Los estudios basados en fuentes clínicas reflejaron dos poblaciones diferentes: una de más edad, predominantemente femenina, de pacientes que dependían de barbitúricos, morfina u otras drogas de origen médico, y grupos más pequeños pero crecientes de jóvenes, con frecuencia varones, que consumían una diversidad de drogas, entre ellas los opiáceos, las anfetaminas y/o la cannabis en contextos no médicos y más orientados hacia miembros del mismo grupo. En unos pocos países, entre ellos Suecia y el Reino Unido, las anfetaminas fueron el objeto de las investigaciones en el decenio de 1950 o principios del decenio de 1960, antes de que la cannabis pasara a constituir un problema.

A finales del decenio de 1960 y principios del de 1970, se realizaron varios estudios epidemiológicos de la heroína, en particular en el Reino Unido. Un ejemplo notable fue el análisis de Alarcón de la propagación caso por caso de la adicción a la heroína en un pueblo de Inglaterra en el decenio de 1960 [1]. Los primeros intentos de estimar la prevalencia, que también datan de ese periodo, se basaron, por ejemplo, en las técnicas de la nominación y los multiplicadores en el Reino Unido [2] y en la determinación de casos y la captura-recaptura en Suecia [3]. Se realizaron también estudios sociológicos que describían a grupos de consumidores de drogas o analizaban las interacciones entre las cambiantes pautas del consumo de drogas, las percepciones de la sociedad y las respuestas (véase, por ejemplo, Plant [4] y Young [5]).

Novedades en los contextos europeo e internacional

Las pautas cambiantes del uso de drogas en el decenio de 1960 estimularon también el interés en las investigaciones epidemiológicas a nivel internacional, en las Naciones Unidas y especialmente en la Organización Mundial de la Salud (OMS) (véase Granier-Doyeux [6]). A nivel europeo, el entonces presidente de Francia Georges Pompidou hizo una propuesta en agosto de 1971 para fortalecer la cooperación y coordinación europeas, incluida la realización de estudios epidemiológicos conjuntos. En octubre de 1972, en una conferencia ministerial de seis miembros de la Comunidad Económica Europea (CEE) y el Reino Unido celebrada en Roma, se aprobó un programa conjunto multidisciplinario de cooperación que abarcaba cuestiones de salud, educación e información, actividades de represión y legislación [7]. Ese programa, que pasó a conocerse como el Grupo Pompidou, incluía la cooperación con países interesados de fuera de la CEE, por ejemplo con Suecia. La División de Salud Pública del Consejo de Europa examinó también la necesidad de realizar estudios epidemiológicos y preparó un informe sobre drogo-dependencia en 19 países europeos [8]. A esto siguió en 1973 una resolución aprobada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa que incluía un llamamiento a una mayor cooperación en el intercambio de información sobre las drogas y los problemas sociales y de salud pública conexos [9]. (Hay que tener en cuenta que el Consejo de Europa no es lo mismo que el Consejo Europeo, que es el órgano político normativo de la Unión Europea (anteriormente la CEE); es una organización de larga data para la cooperación en Europa que abarca un número mayor de países de Europa, oriental y occidental.)

En el decenio de 1970 se produjeron también importantes novedades metodológicas en los Estados Unidos de América y el Canadá que más tarde influyeron en la labor realizada en Europa sobre estudios epidemiológicos e indicadores de las drogas en el decenio de 1980. Cabe citar, entre otras cosas, los sistemas de comunicación de fallecimientos y emergencias relacionados con las drogas, los sistemas de información sobre tratamiento basados en los clientes, las aplicaciones de las estadísticas de los organismos de orden público y los estudios de indicadores del mercado de las drogas, los estudios de los hogares de la población en general, los estudios en las escuelas, los métodos de estimación de la prevalencia, los enfoques etnográficos y otros enfoques cualitativos, y los modelos estadísticos y dinámicos que integraban diferentes indicadores.

El Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria (GTEC), cuya labor se basaba en informes periódicos de las tendencias de las drogas provenientes de una red de ciudades, fue creado como enfoque complementario a los sistemas de comunicación y estudios nacionales [10]. Varios investigadores europeos asistieron a sus reuniones, estableciendo importantes vínculos que alimentaron la evolución de los indicadores epidemiológicos y los sistemas de información en Europa [11]. Una serie de manuales epidemiológicos producidos por la OMS en el 1980 y 1981 también aportaron una contribución importante a la difusión más amplia de estas metodologías [12 a 16]. Hubo también un estudio realizado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos en 1981 para examinar posibles indicadores epidemiológicos en 14 países, incluidos los de Europa occidental [17]. Las conclusiones incluyeron recomendaciones para el desarrollo de instrumentos normalizados, pero éstas no parecen haberse aplicado.

Las novedades en Europa en el decenio de 1980

Durante el decenio de 1980, se desarrolló y aplicó en Europa el concepto de los indicadores de las drogas, tanto en el plano nacional en algunos países como a nivel europeo. Un ejemplo nacional fue el proyecto de los indicadores de las drogas, con base en Londres, que desarrolló y ensayó un conjunto de indicadores para evaluar la naturaleza y la extensión de los problemas de las drogas a nivel local, combinando indicadores indirectos, como la demanda de tratamiento, las muertes o los indicadores del mercado, las estimaciones de la prevalencia, el muestreo "acumulativo" y la investigación etnográfica [18, 19]. En otros países, como Alemania, Francia, Italia, los Países Bajos y Suecia, se estaban estudiando ideas similares [20, 21]. Durante el decenio de 1980 se ampliaron las iniciativas para desarrollar indicadores, por ejemplo en Dinamarca, Grecia e Irlanda. Los estudios periódicos sobre los jóvenes continuaron en Noruega y Suecia y se iniciaron en Alemania. En 1987, España estableció un sistema nacional de comunicación basado en tres indicadores para vigilar la demanda de tratamiento de la heroína y la cocaína, las emergencias no fatales y las muertes relacionadas con las drogas [22].

Junto con estas novedades, en el decenio de 1980 aumentó el interés por los métodos para estudiar las poblaciones ocultas y las pautas del consumo de drogas

que no se reflejaban en los indicadores de salud o de la justicia penal ni estaban adecuadamente cubiertos en los estudios de población. Éstos incluían los estudios acumulativos de usuarios de cocaína o los estudios de los comportamientos de riesgo y de la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los que se inyectaban drogas y no estaban sometidos a tratamiento [23 a 27].

En algunos casos, la atención se centró en el plano nacional, y en otros en el plano local. En muchos casos, los elementos importantes del proceso fueron el entusiasmo demostrado por un número relativamente pequeño de investigadores de las drogas, combinado con un lento aumento del interés de las autoridades nacionales o locales por la información sobre el nuevo fenómeno de las drogas. Ese interés provino de una creciente toma de conciencia sobre las cambiantes pautas del consumo de drogas en algunos países, en particular de la heroína, y los problemas relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El Grupo Pompidou

En el plano europeo, las principales novedades en materia de epidemiología en el decenio de 1980 tuvieron lugar en el seno del Grupo Pompidou del Consejo de Europa. (Aunque el Grupo Pompidou se estableció como un grupo de cooperación intergubernamental sobre las drogas con la participación de países de la CEE, en 1980 pasó a ser un “acuerdo parcial” del Consejo de Europa.)

En diciembre de 1982, el Grupo Pompidou organizó una reunión de expertos en Estrasburgo sobre el desarrollo de sistemas de seguimiento administrativo para la evaluación de los problemas sociales y de salud pública relacionados con el uso indebido de drogas. Esto dio lugar a la formación de un grupo de expertos en epidemiología que se reunió periódicamente y sentó las bases para un enfoque dual, estudios en las escuelas y estudios de ciudades múltiples de indicadores de las drogas. El grupo de estudios en las escuelas desarrolló un instrumento que fue ensayado en seis países, pero el instrumento en sí mismo no se aplicó a nivel europeo hasta 1995.

El estudio de ciudades múltiples desarrolló un marco para la utilización de indicadores múltiples a fin de describir y comparar la situación de las drogas a nivel de ciudades. Se hizo hincapié en la interpretación de los indicadores en su conjunto dentro del contexto local, de modo que las ciudades se pudieran comparar sobre la base de un entendimiento de lo que significaban los indicadores en cada ciudad. Se consideró que sería mucho más difícil lograr ese entendimiento a nivel nacional, no solo porque la situación de las drogas variaba según las localidades, sino también porque era difícil evaluar la significación de los indicadores a nivel nacional. Éste es un aspecto fundamental que con frecuencia se ignora: independientemente de que los indicadores estén normalizados o no, sólo es posible interpretarlos, hacer comparaciones y extraer conclusiones si los datos estadísticos están combinados con otras investigaciones, con frecuencia más cualitativas, así como con información más amplia sobre los contextos, incluidas las actitudes y respuestas de la sociedad. Inicialmente, el estudio abarcó 7 ciudades [28], y más tarde se amplió a 13 [29] y luego a más de 20 [30].

Aparte de la reunión y las síntesis periódicas de datos de las ciudades a partir de principios del decenio de 1980 hasta la actualidad [31], los principales éxitos del grupo de expertos en epidemiología del Grupo Pompidou fueron un modelo para la reunión y el análisis ordinarios de indicadores múltiples; un protocolo normalizado para el indicador de demanda de tratamiento por primera vez; un instrumento normalizado para los estudios en las escuelas; un examen de los métodos para estimar la prevalencia del problema del uso de drogas; un manual sobre la metodología de muestreo acumulativo, y estudios de viabilidad de indicadores de muertes relacionadas con las drogas, emergencias no fatales, detenciones hechas por la policía, incautaciones de heroína, el precio y la pureza de las drogas ilícitas y los estudios de la población en general. Mediante un programa de capacitación en epidemiología de las drogas organizado por el Grupo Pompidou a principios del decenio de 1990, la metodología se transmitió a países de Europa central y oriental; posteriormente, el programa dio lugar a la ampliación de la red de ciudades múltiples [32], incluida una red de ciudades de la Federación de Rusia.

A nivel nacional, el vector de muchos de estos acontecimientos fue un grupo relativamente pequeño de investigadores de las drogas de varios países europeos y sus vínculos con investigadores norteamericanos, en particular del Instituto Nacional contra la Drogadicción (NIDA) y el GTEC. La labor en el Grupo Pompidou también propició la creación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

El OEDT se estableció oficialmente como un organismo de la Comunidad Europea en febrero de 1993, con la aprobación del reglamento del Consejo (CEE) No. 302/93 [33]. El reglamento de fundación entró en vigor el 30 de octubre de 1993, tras una decisión del Consejo Europeo de que el organismo tendría su sede en Lisboa y que entraría plenamente en operaciones en 1995.

La creación del Observatorio

El concepto de un observatorio europeo de las drogas surgió del creciente reconocimiento de las dimensiones europeas del fenómeno de las drogas y la necesidad de mejorar no solo la cooperación entre los Estados miembros, sino también la coordinación de las actividades a nivel de Europa. Esto implicaba el desarrollo de competencias e instrumentos institucionales en la Comunidad Europea. Aunque el Grupo Pompidou ya existía como un grupo de cooperación intergubernamental, no tenía competencias en virtud del Tratado de Roma.

Durante la primera mitad del decenio de 1980, el Parlamento Europeo tomó la iniciativa a nivel de políticas, y esas actividades culminaron en el primer informe sobre la cuestión de las drogas en la Comunidad Europea, sobre la base de un estudio encargado por la Comisión en 1985 [34]. Entre otras cosas, en el informe se reconoció la necesidad de contar con datos comparables y actividades de investigación coordinadas a nivel europeo, como base para la adopción de medidas coordinadas y más eficaces.

A partir de 1984, la Comisión Europea adoptó varias medidas relativas a las drogas, en particular otorgando prioridad a las adicciones y proponiendo la adopción de medidas por la Comunidad en materia de prevención y salud. Durante la segunda mitad del decenio de 1980, el tema comenzó a recibir atención a los más altos niveles políticos de sucesivos Consejos Europeos.

Durante el decenio de 1980, la Comisión Europea apoyó varias actividades en la esfera de la epidemiología. Una fue un programa de investigación concertado entre Estados miembros acerca de la normalización del seguimiento epidemiológico de las drogas ilícitas (el proyecto EUROSID), financiado por el Comité de Investigaciones Médicas y de Salud Pública de la Dirección General de Ciencias, Investigación y Desarrollo. La Dirección de Salud Pública apoyó también diversas actividades, entre ellas un grupo de dirección sobre la cocaína y otras drogas, que organizó proyectos científicos y reuniones sobre temas como el muestreo acumulativo, los indicadores indirectos y la epidemiología de la cocaína. Ahora bien, en ese momento no había un marco institucional que permitiera trasponer a instrumentos europeos esas actividades científicas.

En 1989, el Presidente de Francia François Mitterand propuso a los Estados miembros y a la Comisión un plan de acción sobre las drogas basado en un instrumento de coordinación política con la participación de los Estados miembros y de la Comunidad Europea. El establecimiento de un observatorio de las drogas fue uno de los elementos clave del concepto.

Tras la iniciativa del Presidente Mitterand, en diciembre de 1989 se estableció un grupo político especial, el Comité Europeo de Lucha contra la Droga, compuesto de coordinadores nacionales en materia de drogas. El Comité elaboró el primer plan europeo sobre las drogas, que fue aprobado por el Consejo de Ministros en diciembre de 1990. Sucesivos Consejos Europeos impartieron impulso a esas iniciativas, entre otras cosas, mediante la decisión de junio de 1991 de establecer un observatorio europeo de las drogas. A principios del decenio de 1990 se prepararon también los informes primero y segundo sobre reducción de la demanda de drogas en la Comunidad Europea y hubo un mayor compromiso político en relación con las redes y los indicadores de salud para proporcionar información comparable y fiable para la adopción de políticas y respuestas de salud pública [35].

Entre 1993 entró en vigor el Tratado de Maastricht sobre la Unión Europea, que estableció por primera vez una clara competencia institucional en materia de drogas, especialmente respecto de la salud pública [36]. Esta competencia fue fortalecida por el Tratado de Amsterdam, que entró en vigor en 1999.

Los objetivos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y la necesidad de contar con indicadores clave

El OEDT refleja, por lo tanto, la evolución del contexto institucional y político europeo y el desarrollo de redes y metodologías científicas, especialmente en el campo de la epidemiología. Esto se observa en el objetivo establecido en el acta de fundación del Observatorio:

“Proporcionar ... información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías, así como sobre sus consecuencias [que tendrá como finalidad] proporcionar a la Comunidad y a sus Estados miembros una visión de conjunto del fenómeno de las drogas y las toxicomanías en el momento en que éstos, en los ámbitos de sus respectivas competencias, tomen medidas o definan acciones.”

La primera función del Observatorio es reunir y analizar datos existentes y asegurar su amplia difusión, incluido un informe anual sobre la situación del problema de las drogas en la Unión Europea [37]. Ahora bien, el logro de un panorama de conjunto fiable a nivel europeo significaba mejorar la comparabilidad y la calidad de los datos de 15 Estados miembros (actualmente 16 países, desde la adhesión de Noruega al OEDT en 2001, y pronto 28 países, con la adhesión a la Unión Europea de nuevos países que podrán adherirse al Observatorio a partir de 2003). Por consiguiente, el acta de fundación dispone que el Observatorio:

“Garantizará la comparabilidad, objetividad y fiabilidad de la información a nivel europeo, definiendo los indicadores y criterios comunes de carácter no obligatorio, pero cuya observancia pueda ser recomendada por el Observatorio con objeto de conseguir una mejor armonización de los métodos de medición utilizados por los Estados miembros y la Comunidad.”

Bajo el mismo epígrafe relativo al mejoramiento de los métodos de comparación de datos, se dispone que el Observatorio facilite y estructure el intercambio de información, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo (bases de datos).

Este requisito institucional formalizado relativo al desarrollo de indicadores a nivel europeo tiene su origen en la necesidad de contar con datos comparables, coherentes y de buena calidad como materia prima para un enfoque de salud pública basado en las pruebas que permita describir, analizar y resolver problemas relacionados con las drogas. Si bien el proceso de desarrollar y aplicar indicadores entraña elementos técnicos, administrativos e institucionales a nivel nacional y europeo que toman mucho tiempo, la finalidad fundamental es proporcionar datos que se puedan comparar dentro de los países y entre los países, seguir las tendencias regularmente a lo largo del tiempo y, sobre todo, ayudar a analizar y comprender el fenómeno de las drogas y sus posibles repercusiones sobre las políticas y las respuestas. La epidemiología es una ciencia aplicada de salud pública, aun cuando esté incluida en un marco político e institucional.

Indicadores epidemiológicos clave

Desarrollo de cinco indicadores epidemiológicos clave

Desde que el Observatorio inició sus operaciones en 1995, ha reunido los datos básicos existentes en los Estados miembros utilizando cuadros estadísticos normalizados que abarcan la prevalencia, la salud, las actividades de represión y los indicadores del mercado. Los datos se reúnen por conducto de la red Reitox de

centros de coordinación nacionales. Cada Estado miembro designa a un centro para que actúe como asociado clave del Observatorio para reunir datos y comunicar al Observatorio los mejores datos nacionales disponibles. Los centros de coordinación nacionales también son responsables de asegurar la calidad de los datos y prestar asistencia al OEDT facilitando la aplicación de normas de la Unión Europea para la reunión y la comunicación de datos en cada Estado miembro.

Muy pronto resultó evidente que la disponibilidad de datos no solo variaba entre los países, sino que había también importantes diferencias en las definiciones, los métodos, las fuentes, la cobertura y la calidad. Esto dificultó mucho la comparación y los análisis. No era práctico trabajar con toda la gama de indicadores al mismo tiempo, de modo que se seleccionaron cinco esferas que abarcaban las consecuencias para la salud y la prevalencia a fin de armonizar y mejorar la calidad de los datos. Estas cinco esferas, los llamados cinco indicadores epidemiológicos clave [38], son las siguientes:

1. La extensión y las pautas del uso de drogas en la población (estudios de los hogares de la población de 15 a 64 años de edad).
2. La prevalencia y las pautas del problema del uso de drogas (estimaciones estadísticas de la prevalencia y la incidencia en la población de 15 a 64 años de edad).
3. La demanda de tratamiento de los usuarios de drogas (estadísticas de sistemas de información basados en casos anónimos sobre el número y el perfil de los clientes que iniciaban el tratamiento en un centro de tratamiento de toxicomanías).
4. Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad de los usuarios de drogas (estadísticas de los registros de mortalidad y registros especiales de la población general sobre muertes inducidas por las drogas; estudios de la mortalidad por por todas las causas entre cohortes de usuarios de drogas).
5. Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas (tasas de prevalencia e incidencia del VIH y de la hepatitis B y C entre los usuarios de drogas que se inyectan).

No se incluyó la información sobre el uso de drogas entre la población en edad escolar (estudios en las escuelas) ya que el Grupo Pompidou había desarrollado un instrumento normalizado que se aplicó durante todo el proyecto de estudios europeos en las escuelas sobre el uso de alcohol y otras drogas, coordinado por el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y Otras Drogas en 26 países europeos en 1995 [39] y en 30 países en 1999 [40]. (El próximo estudio está previsto para 2003.)

En los estudios piloto no se incluyeron las emergencias no fatales relacionadas con las drogas, ya que el Grupo Pompidou indicó que esto no era posible en muchos países. En la elaboración de dos de los indicadores clave del OEDT se utilizó extensamente, además de los estudios en las escuelas, la labor del Grupo Pompidou sobre el indicador de la demanda de tratamiento, que es un protocolo conjunto OEDT-Grupo Pompidou [41], y el indicador de la prevalencia del problema de las drogas, que se desarrolló a partir de un seminario y publicación conjuntos OEDT-Grupo Pompidou [42].

Entre 1995 y 2001, se otorgó prioridad al desarrollo metodológico, la experimentación y el ensayo de campo de instrumentos y directrices para los cinco indicadores. Para ello se aprovechó la labor del Grupo Pompidou y ejemplos nacionales de buenas prácticas, teniendo en cuenta los protocolos existentes (por ejemplo, la Oficina de Estadística de la Unión Europea (Eurostat), la OMS y el NIDA). Al principio, la labor estuvo a cargo de contratistas y expertos científicos de países con experiencia en indicadores particulares. Esto se amplió luego para hacer participar a todos los Estados miembros, y en octubre de 1998 la labor para facilitar el desarrollo y la aplicación de los cinco indicadores clave a nivel nacional pasó a ser una tarea básica realizada por contrata por los centros de coordinación nacionales.

Para apoyar el proceso de armonización y asegurar la coherencia en la ejecución entre diferentes Estados miembros, se establecieron grupos de expertos de la Unión Europea para cada indicador clave con la participación de todos los centros de coordinación nacionales. Estos grupos celebraron reuniones anuales y, en la mayoría de los casos, tuvieron un pequeño grupo de dirección que ayudó a preparar las reuniones anuales. Paralelamente a estos grupos a nivel de la Unión Europea, los centros de coordinación nacionales tienen a su cargo el establecimiento de grupos de trabajo nacionales con la participación de expertos e interesados clave respecto de cada indicador clave a fin de asegurar la coordinación de las actividades en cada Estado miembro.

La función de los indicadores clave en la política de la Unión Europea

En 2000, los resultados de los estudios piloto y los grupos de expertos se compilaron en un conjunto de proyectos de instrumentos técnicos y directrices para cada indicador. Éstos proporcionaron definiciones y recomendaron conjuntos de datos básicos y orientaciones metodológicas para la reunión y la comunicación de datos, que fueron aprobados por el Comité Científico del OEDT y presentados a la Junta de Administración del Observatorio en enero de 2001. En septiembre de ese mismo año, la Junta, que incluía a los 15 Estados miembros, la Comisión Europea y el Parlamento Europeo, aprobó en forma unánime los instrumentos técnicos y las directrices como recomendaciones oficiales, aunque no vinculantes, para los Estados miembros a los fines de la armonización de la reunión y comunicación de datos.

El desarrollo de los cinco indicadores clave por el OEDT tuvo lugar en un contexto político más amplio: la adopción por la Unión Europea en diciembre de 1999 de una estrategia de la Unión Europea sobre las drogas para el período 2000-2004. Esto creó un marco general que abarcaba principios, objetivos y principales esferas de acción, y establecía seis metas amplias, entre ellas la reducción de la prevalencia y la incidencia, la reducción de los daños para la salud relacionados con las drogas (muertes y enfermedades infecciosas) y el aumento de los tratamientos eficaces. Subrayó que la estrategia debía basarse en una evaluación periódica de la naturaleza y la magnitud del fenómeno de las drogas y sus consecuencias [43].

La estrategia sobre drogas 2000-2004 fue seguida por el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas 2000-2004 [44], aprobado

por los jefes de Estado en el Consejo Europeo en Santa María da Feira (Portugal), en junio del 2000. Las conclusiones del Consejo Europeo [45] destacan que:

“El Consejo Europeo ... aprueba el plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas como instrumento fundamental para dar expresión a la estrategia sobre drogas de la Unión Europea en medidas concretas ... Se insta a los Estados miembros a que, en cooperación con el OEDT, aumenten sus actividades para proporcionar información fiable y comparable sobre los indicadores epidemiológicos clave a fin de evaluar mejor las consecuencias de las cuestiones relacionadas con las drogas.”

En virtud del Plan de Acción, el OEDT define los indicadores, reúne y analiza la información a nivel europeo y presenta al Grupo de Trabajo Horizontal sobre las Drogas del Consejo informes anuales sobre convergencia, progresos y problemas. De conformidad con los instrumentos técnicos y las directrices proporcionados al OEDT, la función de los Estados miembros es proporcionar información fiable sobre los cinco indicadores epidemiológicos clave en un formato comparable establecido por el OEDT y aprobado por el Consejo.

En diciembre de 2001, el Consejo aprobó una resolución sobre la aplicación de los cinco indicadores clave, en la que se instaba a los Estados miembros a que dieran prioridad a la producción de datos comparables y aseguraran el suministro de apoyo a los centros nacionales de coordinación. Se invitaba también a los Estados miembros y a la Comisión Europea a que examinaran la mejor forma, especialmente desde el punto de vista financiero, de apoyar la aplicación de los cinco indicadores clave en el marco de los indicadores de salud pública de la Unión Europea, y a que tomaran las medidas necesarias [46].

El OEDT está examinando esta cuestión con la Comisión, en particular los servicios responsables del Programa de Salud Pública (Sanco) y la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat). La finalidad es asegurar que se puedan atender las diversas necesidades de información específica de los órganos responsables de las cuestiones de las drogas a nivel europeo y nacional, asegurando al mismo tiempo la disponibilidad de datos más sencillos y más agregados para los indicadores estadísticos y de salud generales de Europa.

Situación actual y perspectivas

Aunque todavía se está considerando la condición jurídica de los cinco indicadores clave, es evidente que no solo hay un amplio consenso sobre su pertinencia a nivel técnico y científico, sino también un firme mandato a nivel político e institucional para ponerlos en práctica como la base de un sistema europeo de información epidemiológica sobre las drogas. Además, a pesar de los obstáculos, muchos Estados miembros han adoptado importantes medidas para aplicar las directrices recomendadas.

En comparación con 1995, cuando se inauguró el Observatorio, el número de países que pueden proporcionar datos que se ajusten total o casi totalmente a las directrices del OEDT ha aumentado sustancialmente. En 1995, sólo siete países

podían proporcionar datos nacionales sobre la prevalencia durante toda la vida en la población en general y sólo cinco sobre la prevalencia en los últimos 12 meses. En 2002, 12 países podían proporcionar ambos. Asimismo, el número de países con estimaciones de la prevalencia nacional del uso de drogas problemático aumentó de 5 en 1995 a 14 en 2002. Aunque todos los países podían proporcionar datos nacionales sobre muertes relacionadas con las drogas en 1995, había importantes diferencias en las definiciones y la metodología. En 2002, aunque había algunos problemas de comparabilidad, 11 países podían proporcionar datos sobre muertes agudas (inducidas por las drogas) de conformidad con las directrices y otros esperaban poder hacerlo en el futuro próximo. Los progresos son más lentos en las actividades para establecer sistemas de información sobre tratamiento compatibles, en parte porque la responsabilidad del tratamiento suele ser local más que nacional. Ahora bien, se han logrado evidentes progresos y nueve países tienen ahora sistemas de información en gran parte compatibles para el indicador de la demanda de tratamiento. Asimismo, se ha avanzado en la obtención de datos nacionales sobre el VIH y la infección con la hepatitis C entre los usuarios de drogas por inyección, aunque también estos avances son lentos debido a que los datos de buena calidad suelen estar disponibles en estudios locales más que en los sistemas de seguimiento nacionales.

Por supuesto, quedan importantes problemas por resolver. Uno de ellos es asegurar la estabilidad a largo plazo de los mecanismos de reunión y comunicación de datos mediante la institucionalización de los indicadores en todos los Estados miembros y posteriormente en todos los países candidatos. Aun en los países que actualmente cumplen las directrices del OEDT el futuro no está siempre asegurado. Se plantean problemas a raíz de la incertidumbre sobre la voluntad política y administrativa de las autoridades competentes, especialmente cuando se necesitan inversiones financieras para establecer o modificar fundamentalmente los sistemas de información nacionales. Estos problemas pueden verse agravados por una falta de coordinación entre los ministerios responsables de las cuestiones de drogas y los responsables de los sistemas de información. Como se ha señalado más arriba, la descentralización es un factor importante en algunos países, no solo porque puede haber conflictos entre las autoridades central y locales sobre quién debe pagar, sino también porque los agentes locales pueden no ver la necesidad de reunir datos con fines de comparación internacional. La motivación de los interesados locales es esencial para establecer sistemas de información nacionales, y la difusión de información y la retroalimentación son fundamentales. Por último, en muchos países europeos es cada vez más importante proteger los datos. Hay que trabajar activamente para poner en práctica sistemas de información que se consideren justificados en términos de su valor para la salud pública y fiables en función del respeto total de la privacidad y los derechos humanos.

La función de los centros de coordinación nacionales es facilitar la utilización de los indicadores por otros organismos nacionales. Dado que por lo general no tienen por sí mismos competencia jurídica y administrativa, deben basarse en el apoyo no solo de las autoridades nacionales responsables por las cuestiones de drogas, sino también de otros departamentos e instituciones. Esto impone a los

centros de coordinación nacionales la gran responsabilidad de atraer y motivar a una amplia gama de asociados y asegurar la retroalimentación y la difusión de información mediante una diversidad de redes nacionales. La Estrategia de la Unión Europea sobre las Drogas, el Plan de Acción, el Consejo Europeo y la resolución del Consejo instan a los Estados miembros a proporcionar el apoyo político y financiero adecuado a sus centros de coordinación nacionales.

En el OEDT, la aplicación de los indicadores clave entraña el mejoramiento de los sistemas electrónicos de transmisión de datos de todos los Estados miembros y los Estados candidatos, y el establecimiento de instrumentos de gestión de datos más poderosos y bases de datos relacionales para el manejo, el análisis y la difusión de cantidades sustanciales de datos. Vinculada a esto está la cuestión de la calidad de los datos. Esta cuestión debe abordarse tanto en forma colectiva, asegurando la coherencia en la forma en que los Estados miembros ponen en práctica y comunican los indicadores, como en forma bilateral, identificando problemas particulares y buscando soluciones. Los indicadores ya se han acordado y adoptado; en este momento, una cuestión de alta prioridad es el establecimiento de criterios de calidad y mecanismos de garantía de calidad concretos y viables en los Estados miembros.

Limitaciones de los indicadores: la importancia de la interpretación

De ordinario, los indicadores armonizados son útiles para hacer comparaciones básicas entre países u otras unidades geográficas y para seguir las grandes tendencias en el tiempo. Proporcionan también datos normalizados que son valiosos para otros fines, por ejemplo, para la estimación de la incidencia, los costos sociales o la carga para la salud, o el análisis de la distribución sociodemográfica o las pautas de propagación. No obstante, también tienen limitaciones.

Todos los indicadores descritos más arriba tienen un desfase cronológico, es decir, reflejan la situación de las drogas que existía dos años antes. Una razón es el propio proceso, ya que toma tiempo reunir, validar, analizar y comunicar datos, especialmente a nivel nacional. Algunos indicadores, como los datos sobre demanda del tratamiento, tienen retrasos inherentes dado que los clientes solicitan tratamiento sólo un tiempo después de haber comenzado a usar drogas. Los indicadores nacionales tampoco son sensibles a las pautas nuevas o cambiantes del uso de drogas que normalmente aparecen en el plano local. Además, los indicadores de fuentes de servicios de salud o de la justicia penal reflejan las prioridades y las respuestas de carácter médico o de los organismos de represión, además de las tendencias de las drogas.

En la interpretación de los indicadores hay que tener en cuenta estas limitaciones y obtener información de otros enfoques complementarios. Éstos incluyen los sistemas de "alerta temprana" para identificar y rastrear fenómenos emergentes, las técnicas de "triangulación" para efectuar comprobaciones transversales de la coherencia entre diferentes indicadores, los modelos dinámicos para facilitar el proceso de análisis o simular escenarios, y los estudios de investigación más selectivos, tanto cualitativa como cuantitativamente, para analizar y

comprender cuestiones específicas más a fondo. Es fundamental interpretar los indicadores en el contexto social más amplio, incluidas las diferencias culturales, las actitudes de la sociedad frente a las drogas y las respuestas legales y de otro tipo.

Se puede considerar que un conjunto de indicadores proporciona un marco que permite reconstruir, comparar y seguir el desarrollo de una estructura elemental del fenómeno de las drogas. Las preguntas sobre el “porqué” y el “cómo” y lo que significan los datos para las políticas sólo se pueden contestar mediante una interpretación cuidadosa y desarrollando la estructura con investigaciones científicas e información contextual.

Por último, el fenómeno de las drogas, el entorno de políticas, las necesidades de información, los métodos científicos y las tecnologías de la información cambian constantemente. Por lo tanto, la puesta en práctica de sistemas de información y la realización de investigaciones entraña un proceso continuo de desarrollo e innovación. Esto, a su vez, requiere un compromiso a largo plazo respecto de un marco coherente tanto para la financiación como para facilitar la continuidad de las instituciones, los individuos y las redes.

El contexto más amplio: la investigación y la cooperación internacionales

Investigación cualitativa y cuantitativa

Junto con los indicadores, la investigación epidemiológica multidisciplinaria, tanto cualitativa como cuantitativa, es fundamental. En materia de investigación cualitativa, el OEDT ha organizado conferencias, grupos de trabajo temáticos y exámenes de la literatura que resultaron en varias publicaciones [47 a 49] y en un sitio web, el “Qualitative European Drug Research”, que proporciona acceso a bases de datos sobre proyectos de investigación cualitativa, investigadores y publicaciones [50]. Aparte de la utilidad instrumental de las herramientas para reunir e intercambiar información, un objetivo clave es aumentar la sensibilidad acerca del valor de la investigación cualitativa, por ejemplo, aclarando las estadísticas o proporcionando detalles sobre el “porqué” y el “cómo”.

Las reuniones y las conferencias han examinado también la posible utilidad de la preparación de modelos estadísticos y dinámicos [51, 52] y el OEDT ha promovido, con financiación de la Dirección de Investigación de la Comisión Europea en virtud del programa de investigación socioeconómica selectiva, una red europea de preparadores de modelos para desarrollar modelos pertinentes a las políticas y análisis socioeconómicos, incluida la incidencia y las tendencias en el tiempo, las aplicaciones de los sistemas de información geográfica (SIG) y los análisis de los costos sociales y de la eficacia en función del costo, en particular acerca de la hepatitis C [53]. En este momento, una limitación importante es la disponibilidad y calidad de los datos, especialmente para modelos que requieren series cronológicas o datos más desagregados. A medida que mejoren los datos, la preparación de modelos puede ofrecer buenas posibilidades para simular y analizar diferentes escenarios de políticas.

Se ha prestado menos atención al lado de la oferta y a los indicadores del sistema de justicia penal, aunque se han reunido los datos existentes desde que el Observatorio comenzó sus operaciones. Recientemente comenzó la labor para examinar los datos de investigaciones disponibles y desarrollar indicadores de delitos relacionados con las drogas, la disponibilidad de drogas y la exclusión social relacionada con las drogas. También comenzaron los trabajos preliminares tanto en el Observatorio como en algunos Estados miembros para describir y estimar las características y dimensiones de los mercados de las drogas y las corrientes de drogas, a fin de evaluar sus repercusiones y los posibles efectos de las intervenciones [54 y 55].

La última cuestión se refiere a las tendencias emergentes y a la “alerta temprana”. Inicialmente, se hizo hincapié en las drogas sintéticas, principalmente la metilendioximetanfetamina (MDMA, o éxtasis), que se hicieron populares en toda la Unión Europea en el decenio de 1960 [56]. Se realizaron diversos estudios y se celebraron conferencias sobre el ambiente “tecno” y la vida nocturna [57]. El Consejo de la Unión Europea aprobó en 1997 un instrumento jurídico específico, una Acción Conjunta sobre intercambio de información, evaluación del riesgo y fiscalización de nuevas drogas sintéticas; bajo los auspicios del Comité Científico del OEDT se han evaluado cuatro sustancias: *N*-metil-1-(1,3-benzodioxol-5-il)-2-butamina (MBDB), 4-metiltoanfetamina (4-MTA), ketamina y ácido gamma-hidroxi-butírico (GHB) [58]. Desde una perspectiva epidemiológica, el OEDT ha centrado la atención en el desarrollo de un modelo más amplio para comprender y, si es posible, pronosticar pautas cambiantes del consumo de drogas en el contexto más amplio de las tendencias sociales y culturales basadas en los jóvenes, por ejemplo, en el análisis del medio en que actúa la juventud o las percepciones de las drogas y los riesgos entre los jóvenes [59].

Redes e investigaciones europeas

En los decenios de 1980 y 1990 se realizaron varios exámenes de investigaciones epidemiológicas sobre las drogas en Europa [60 a 64]. Además de los informes anuales del OEDT, varios informes trataron la reunión de datos y las tendencias de las drogas en Europa, por ejemplo, los informes de la Oficina Regional para Europa de la OMS [65 y 66], las actualizaciones del estudio de ciudades múltiples del Grupo Pompidou mencionado anteriormente, o el informe basado en el proyecto COST-A6 sobre evaluación de las medidas contra las drogas en Europa, financiado por la Dirección de Investigación de la Comisión Europea [67]. Otras redes de investigación que también abarcan la epidemiología de las drogas son la Sociedad Europea de Investigaciones Sociales sobre las Drogas [68], la Sociedad Kettel Bruun para la Investigación Social y Epidemiológica del Alcohol [69] e IREFREA [70].

En la Comisión Europea, el quinto programa marco (1998-2002) de la Dirección General de Investigación incluyó por primera vez referencias específicas a las drogas en el contexto de la salud pública, pero no fue fácil vincular las necesidades de investigación identificadas por el OEDT y sus asociados al proceso de ejecución y selección de proyectos. El sexto programa marco (2002-2006) procura

consolidar la investigación europea en esferas prioritarias, prestando apoyo a redes de investigación y a importantes programas de investigación, pero sigue sin resolver la cuestión de vincular los programas de investigación en el campo de las drogas a los procesos de adopción de decisiones sobre financiación de investigaciones en la Comisión.

Una observación final sobre la investigación: la investigación sobre las drogas ilícitas con frecuencia se ha realizado en forma separada de la investigación sobre el alcohol, el tabaco o las medicinas psicoactivas. En varios Estados miembros, hay una clara tendencia hacia la integración de todas las sustancias en una sola política general. Si esta tendencia continúa y se propaga a nivel europeo, es muy probable que se amplíen también las necesidades de información en los planos nacional y europeo.

Conexiones internacionales

El desarrollo de indicadores de epidemiología de las drogas en Europa durante los últimos 20 años ha tenido lugar en el contexto de una creciente cooperación entre organizaciones regionales e internacionales. Como se señaló anteriormente, los vínculos de larga data entre individuos aportaron contribuciones importantes a este proceso. Estas conexiones internacionales fueron facilitadas por el Grupo de Trabajo Internacional sobre Epidemiología, que ha resultado ser un mecanismo especialmente valioso para el intercambio de información entre investigadores, organizaciones internacionales y redes regionales o subregionales de epidemiología de las drogas. Por ejemplo, una reunión de organizaciones internacionales y redes de epidemiología regionales clave, celebrada en el OEDT con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas en enero del 2000, dio lugar a un consenso de los expertos técnicos en una reunión celebrada en Lisboa en enero de 2000 [71], que proporciona un marco para mejorar la comparabilidad y el valor de los indicadores a nivel internacional.

Como ejemplos más concretos de cooperación se pueden citar la revisión de los cuestionarios para los informes anuales [72] del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, en estrecha colaboración con el OEDT y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), o la cooperación entre el OEDT y la OMS sobre muertes relacionadas con las drogas y directrices para la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) (junto con Eurostat). Respecto del SIDA y otras enfermedades infecciosas, el OEDT participa activamente en la red mundial de investigación sobre la prevención del VIH en poblaciones de usuarios de drogas, y aporta contribuciones a las conferencias internacionales sobre reducción del daño y a las conferencias internacionales sobre el SIDA. La cooperación entre el OEDT y el Grupo Pompidou continúa, especialmente respecto del indicador de la demanda de tratamiento.

Aunque el presente artículo centra la atención en Europa, y principalmente en Europa occidental, la evolución de la epidemiología de las drogas en Europa es parte de una evolución más amplia que tiene lugar en el plano internacional. La

cooperación y el intercambio de información pueden tomar tiempo, pero son esenciales para compartir ideas y fomentar la innovación.

Conclusiones

Durante los últimos 20 años se han producido importantes novedades en Europa en materia de epidemiología de las drogas, especialmente en relación con los indicadores, la metodología, la comparabilidad, la aplicación en los Estados miembros y la síntesis y el análisis a nivel europeo. Se pueden describir seis factores principales que influyeron en ese proceso.

Un factor fue la evolución dentro de la Unión Europea de las competencias en el campo de las drogas, junto con un segundo factor, que fue la creciente prioridad política acordada a las drogas en los campos de la salud pública, la seguridad pública (justicia y asuntos interiores) y las relaciones externas. Un tercer elemento, que sigue a los otros dos, fue una clara demanda de diversas instituciones europeas, así como de Estados miembros, de información y pruebas para la adopción de políticas y decisiones. Un cuarto factor fue la creación de instrumentos como el Grupo Pompidou y, más tarde, el OEDT y sus contrapartes nacionales para satisfacer esas necesidades de información. El quinto factor fue la existencia, junto con la evolución institucional, de redes humanas interconectadas y de larga data de investigadores sobre las drogas, y las posibilidades de canalizar esos conocimientos científicos hacia el proceso institucional. El último factor fue la mayor influencia de las conexiones internacionales y el intercambio de conocimientos y experiencias.

El hecho de que durante los últimos 20 años se hayan logrado progresos en materia de epidemiología de las drogas en Europa no significa que se hayan resuelto todas las diferencias entre la ciencia y la política, pero al menos constituye un comienzo.

Referencias

1. R. de Alarcón, "The spread of heroin abuse in a community", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 21, núm. 3 (1969), págs. 17 a 22.
2. H. H. Blumberg y B. E. Dronfield, "Nomination techniques in the study of largely invisible groups: opiate users not at drug dependence clinics", *Social Science and Medicine*, vol. 10, Nos. 7 y 8 (1976), págs. 415 a 422.
3. B. Olsson y colaboradores, "Heavy drug abuse in Sweden, 1979: a national case-finding study", *Alcohol and Drug Dependence*, vol. 7, 1981, págs. 272 a 283.
4. M. Plant, *Drug Takers in an English Town* (Londres, Tavistock, 1975).
5. J. Young, *The Drugtakers: The Social Meaning of Drug Use* (Londres, MacGibbon y Kee, 1971).
6. M. Granier-Doyeux, "Influence of certain factors on the development of drug dependence", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 25, núm. 1 (1973), págs. 1 a 8.

7. H. Nargeolet y C. Vaillle, "Effort to promote European regional co-ordination of action against drug addiction", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 25, núm. 2 (1973), págs. 1 a 7.
8. Report of the Directorate of Economic and Social Affairs, Public Health Division on the Multi-disciplinary Symposium on Drug Dependence (Estrasburgo, Consejo de Europa, 1972).
9. "Resolution adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 25, núm. 3 (1973), págs. 57 a 60.
10. Z. Sloboda y N. J. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz y C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), págs. 47 a 62.
11. Estados Unidos de América, Instituto Nacional contra la Drogadicción, ed., *Assessment of Drug Abuse in North America and Europe*, Actas del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria, junio de 1981 (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1982).
12. R. G. Smart y colaboradores, *A Methodology for Student Drug Use Surveys*, WHO Offset Publication No. 50 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980).
13. L. D. Johnston, *Review of General Population Surveys of Drug Abuse*, WHO Offset Publication No. 52 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980).
14. I. Rootman y P. H. Hughes, *Drug Abuse Reporting Systems*, WHO Offset Publication No. 55 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980).
15. P. H. Hughes y colaboradores, *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO Offset Publication No. 56 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980).
16. R. G. Smart y colaboradores, *Drug Use Among Non-student Youth*, WHO Offset Publication No. 60 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981).
17. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, *Statistics of Drug Abuse*, informe SME/D/81.3 (París, 1982).
18. R. L. Hartnoll y colaboradores, *Drug Problems: Assessing Local Needs: A Practical Manual for Assessing the Nature and Extent of Drug Misuse in a Community* (Londres, Drug Indicators Project, 1985).
19. R. L. Hartnoll y colaboradores, "Estimating the prevalence of opioid dependence", *Lancet*, No. 1, 1985, págs. 203 a 205.
20. Comisión de las Comunidades Europeas, Dirección General de Ciencias, Investigación y Desarrollo, "First European Workshop on Standardisation of Epidemiological Monitoring of Illicit Drug Dependence", Actividad de investigación concertada del Comité de Investigaciones Médicas y de Salud Pública, COMAC Epidemiology, Roma, 4 a 6 de septiembre de 1984.
21. Proyecto EUROSID, "EEC meeting on Standardisation of Epidemiological Surveillance Systems of Illicit Drugs", COMAC Epidemiology, Verona, 11 a 13 de diciembre de 1986.
22. G. Barrio y colaboradores, "Evaluación de la calidad del indicador de tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 67, 1993, págs. 385 a 399.

23. B. Bieleman y colaboradores, *Lines across Europe: Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin* (Amsterdam, Swets y Zetlinger, 1993).
24. F. R. Ingold y S. Ingold, "The effects of the liberalization of syringe sales on the behaviour of intravenous drug users in France", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 41, núms. 1 y 2 (1989), págs. 67 a 81.
25. E. J. van Ameijden y colaboradores, "The harm reduction approach and risk factors for HIV seroconversion in injecting drug users, Amsterdam", *American Journal of Epidemiology*, vol. 136, 1992, págs. 236 a 243.
26. H. F. L. Garretsen y colaboradores, eds., *Illegal Drug Use: Research Methods for Hidden Populations*, Actas de una reunión de expertos invitados sobre uso de drogas ilícitas (Rotterdam, Instituto Nacional sobre el Alcohol y las Drogas, 1993).
27. Organización Mundial de la Salud, "Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection" (WHO/PSA/94.4).
28. R. L. Hartnoll y colaboradores, "A multi-city study of drug misuse in Europe", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. 41, núms. 1 y 2 (1989), págs. 3 a 27.
29. R. L. Hartnoll, *Multi-city Study: Drug Misuse Trends in Thirteen European Cities* (Estrasburgo, Council of Europe Press, 1974).
30. R. Bless, *3rd Multi-city Study: Drug Use Trends in European Cities in the 1990s* (Estrasburgo, Council of Europe Press, 2000).
31. R. Bless, "La experiencia de la red de ciudades múltiples del Grupo Pompidou, 1983-2002", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. LV, núms. 1 y 2 (2003).
32. Consejo de Europa, Grupo Pompidou, *Multi-city Network Eastern Europe: Joint PG/UNDCP project: Extension of the Multi-city Network to Central and Eastern Europe* (Estrasburgo, Council of Europe Publishing, 1997).
33. Consejo Europeo, "Council Regulation (EEC) No. 302/93 of 8 February 1993 on the establishment of a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction", *Official Journal of the European Communities*, No. L 36, 12 de febrero de 1993, págs. 1 a 8.
34. Parlamento Europeo, *Committee of Inquiry into the Drugs Problem in the Member States of the Community*, informe de los resultados de un estudio, Sir Jack Stewart-Clark, relator (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 1987).
35. Comisión Europea, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Health-related Data and Epidemiology in the European Community* (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 1993).
36. G. Estievenart, ed., *Policies and Strategies to Combat Drugs in Europe: the Treaty of European Union: Framework for a New European Strategy to Combat Drugs?* (Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1995).
37. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union". Se puede consultar en <http://emcdda.kpnqwest.pt/>.
38. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Five key epidemiological indicators".

39. B. Hibell y colaboradores, *The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 26 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), y Estrasburgo, Grupo Pompidou del Consejo de Europa, 1997).
40. B. Hibell y colaboradores, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), y Estrasburgo, Grupo Pompidou del Consejo de Europa, 1997).
41. Grupo Pompidou y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Joint Pompidou Group-EMCDDA Treatment Demand Indicator: Standard Protocol version 2.0".
42. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 1 (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).
43. Consejo de la Unión Europea, "European Union Drugs Strategy (2000-2004)", 1 de diciembre de 1999.
44. Consejo de la Unión Europea, "EU Action Plan on Drugs 2000-2004", Bruselas, 7 de junio de 2000.
45. Presidencia del Consejo de la Unión Europea, "Presidency conclusions", Consejo de Europa, Santa Maria da Feira, Portugal, 19 y 20 de junio de 2000 (SN 200/00), párr. 51.
46. Consejo de la Unión Europea, "Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)", Bruselas, 7 de diciembre de 2001.
47. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Understanding and Responding to Drug Use: the Role of Qualitative Research*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 4 (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 2000).
48. J. Fountain y P. Griffiths, "Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project", *European Addiction Research*, vol. 5, 1999, págs. 4 a 20.
49. T. Rhodes y colaboradores, *Injecting Drug Use, Risk Behaviour and Qualitative Research in the Time of AIDS*, EMCDDA Insights No. 4 (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).
50. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Qualitative European Drug Research (QED)" (www.qed.org.uk/).
51. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Modelling Drug Use: Methods to Quantify and Understand Hidden Processes*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 6 (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).
52. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Statistical and dynamic modelling (www.emcdda.org/situation/methods_tools/modelling.shtml).
53. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Network on drug use modelling (www.emcdda.org/situation/methods_tools/modelling_network.shtml).
54. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Availability of illicit drugs (www.emcdda.org/situation/themes/availability.shtml).
55. E. Bramley-Harker, *Sizing the UK Market for Illicit Drugs*, Research, Development and Statistics Directorate, Occasional Paper No. 74 (Londres, Home Office, 2001).

56. P. Griffiths y colaboradores, *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand-Reduction Responses*, EMCDDA Insights No. 1 (Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).
57. "Nightlife in Europe and recreative drug use: SONAR 1998".
58. Consejo de la Unión Europea, "Joint action on new synthetic drugs".
59. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Feasibility study on detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use" (Lisboa, 1999).
60. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Monitoring youth media as a new source of information for detecting, tracking, and understanding emerging drug trends" (Lisboa, 2000).
61. V. Berridge, "Drug research in Europe", Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1989.
62. R. L. Hartnoll, "Addiction research in Europe: an overview", *European Addiction Research*, vol. 1, 1994, págs. 3 a 11.
63. P. Kennis, "National drug research situation and research needs", Comisión Europea y EMCDDA, eds., *Drugs Research Related Initiatives in the European Union*, actas de un seminario conjunto CE-OEDT, 13 y 14 de diciembre de 1996 (Florencia, Italia, Centro Robert Schuman), págs. 6 a 62.
64. Comité de Investigación Científica y Técnica (CREST), "High-level workshop on the medical, socio-economic and detection aspects of drug abuse", Bruselas, 12 de noviembre de 1996.
65. R. L. Hartnoll, V. M. Hendriks y M. Morival, *The Assessment of Drug Problems* (Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 1998).
66. A. M. Harkin, P. Anderson y G. Goos, *Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region* (Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 1997).
67. H. Waal, ed., *Patterns on the European Drug Scene: An Exploration of Differences* (Oslo, Instituto Nacional de Investigación sobre el Alcohol y las Drogas, 1998).
68. A. Springer y A. Uhl, eds., *Illicit Drugs: Patterns of Use—Patterns of Response*, Actas de la Décima Conferencia de la Sociedad Europea de Investigaciones Sociales sobre las Drogas sobre el uso de drogas y la política sobre las drogas, Viena, 20 a 22 de septiembre de 1999 (Innsbruck/Viena/Munich, Studienverlag, 2000).
69. Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. El sitio de la Sociedad en la web es www.arg.org/kbs/.
70. A. Calafat y colaboradores, *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe* (Palma de Mallorca, España, IREFREA y Comisión Europea, 1998).
71. Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2000, Suplemento No. 8 (E/2000/28)*, cap. I, secc. C, párr. 3, resolución 43/1, párr. 2.
72. Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2000, Suplemento No. 8 (E/2000/28)*, cap. I, secc. C, párr. 3, resolución 43/1.

La red epidemiológica del Caribe: la compleja tarea de desarrollar una perspectiva regional

K.-G. DOUGLAS

Director del Proyecto sobre uso indebido de drogas, Centro de Epidemiología del Caribe, Trinidad y Tabago

J. HILLEBRAND

Asesor en epidemiología, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria)

RESUMEN

El presente artículo describe las dificultades geográficas, políticas y culturales de desarrollar una red epidemiológica regional sobre el uso indebido de drogas en el Caribe. Las primeras iniciativas, como el grupo de trabajo sobre Epidemiología de la Comunidad del Caribe, fracasaron debido a la falta de recursos. Hubo que esperar hasta 1996 para lograr un éxito importante, cuando el Plan de Acción para la Coordinación y la Cooperación en la Fiscalización de Drogas en el Caribe estableció las bases para el establecimiento de una actividad amplia y sostenible de lucha contra el uso indebido de sustancias en la región mediante la reducción de la demanda de drogas. En 1997, la Declaración de Santo Domingo contra las drogas reforzó la recomendación del Plan de Acción de Barbados y pidió la aplicación oportuna de un sistema epidemiológico para el uso indebido de sustancias. Más tarde, Estados miembros de la Comunidad del Caribe asignaron recursos al proyecto del sistema epidemiológico y de seguimiento del uso indebido de drogas, cuya ejecución está a cargo del Centro de Epidemiología del Caribe. En el marco del proyecto, se inició en 2001 la Red de Información sobre Drogas del Caribe; esta red centra la atención en la creación de instituciones, la capacitación y el desarrollo de experiencia práctica en investigaciones y encuestas. Para que la Red pueda continuar su labor, habrá que prestarle más apoyo político, proporcionarle financiación adecuada y conferirle la capacidad para vincular sus actividades a otros aspectos de la reducción de la demanda.

Naciones clave: el Caribe; uso indebido de drogas; reducción de la demanda; red de epidemiología; iniciativa regional.

Introducción

Características del sector

La región del Caribe tiene una superficie terrestre total de 700.000 kilómetros cuadrados y está formada por islas, incluidas las del Mar Caribe, y por las Guyanas

(Guyana, Guyana Francesa y Suriname). Si se cuentan todas las islas del Caribe comprendidas en las Antillas Mayores, las Antillas Menores, las islas meridionales y el archipiélago de las Bahamas, hay 28 países y territorios (incluidas las Guayanas y Belice) entre América del Norte y América del Sur. El Caribe es una región plurilingüe, multiétnica y multicultural que refleja las influencias de varias grandes Potencias. En esta región de 37 millones de habitantes hay una diversidad considerable: se hablan cuatro idiomas principales en los territorios de España, los Estados Unidos de América, los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados independientes, y hay varios sistemas judiciales y diversas entidades religiosas y políticas.

El establecimiento de la Comunidad del Caribe (CARICOM) trajo consigo una mayor libertad de movimiento de personas y bienes. Hubo también un gran aumento de los contactos comerciales y de otro tipo con el exterior, en particular con los países vecinos de Colombia y Venezuela. Entre las islas hay un movimiento diario de pequeños barcos de pesca, de carga y de recreación, yates y aviones privados y comerciales. Hay también una migración y movilidad considerables entre la población del Caribe dentro de la región, y muchos emigrantes del Caribe viven en América del Norte y Europa; el acceso directo a América del Norte y Europa ha dado lugar a un aumento del número de turistas provenientes de esas zonas. Todos estos factores han hecho que la región sea más accesible y más atractiva como zona de tránsito para el tráfico de drogas ilícitas.

A causa de su ubicación geográfica entre las principales zonas de producción de drogas de América del Sur y los grandes mercados consumidores de Europa y América del Norte, las islas del Caribe son vulnerables al tráfico de drogas: se estima actualmente que el 40% de toda la cocaína que entra en los Estados Unidos pasa por el Caribe. En 2000, el corredor del Caribe fue la fuente del 47% de la cocaína que entró en los Estados Unidos, superando a México como la principal fuente de cocaína del mercado de los Estados Unidos. El Caribe juega también un papel importante en el abastecimiento de cocaína al mercado europeo. El 32%, u 80 toneladas, de las drogas importadas en Europa pasó por el Caribe en 2000. El costo de las medidas de represión del tráfico de drogas impone una carga considerable a los presupuestos nacionales de los Estados del Caribe, posiblemente de hasta el 15%. En algunos países del Caribe, el costo del mayor número de operaciones de policía y de seguridad nacional para combatir el tráfico y los delitos violentos relacionados con las drogas se ha duplicado en los últimos cinco años.

Fuentes del campo de las actividades de represión han calculado que una parte cada vez mayor de las drogas ilícitas que pasan en tránsito por la región se consume localmente: los traficantes pagan en especie con drogas los servicios que obtienen y, por consiguiente, el uso, el uso indebido y el tráfico de drogas están aumentando. La consecuencia obvia es que hay una creciente carga para los servicios de salud que se esfuerzan por prestar servicios para combatir los efectos psicológicos y físicos de la intoxicación, la abstinencia de drogas y la adicción crónica. Además, está aumentando la incidencia de la violencia y la delincuencia, a raíz de las necesidades de los comerciantes de drogas armados y de los toxicómanos para mantener su hábito.

Si bien no hay pruebas empíricas o nexos causales entre las actividades relacionadas con las drogas y los delitos como el robo y el homicidio en la región en su conjunto, en algunos países hay pruebas de esa relación. Por ejemplo, en 1991 Jamaica comunicó un aumento del 75% respecto de 1990 en la incidencia de crímenes vinculados directa o indirectamente al tráfico de drogas. Los países que comunicaron robos, homicidios y agresiones graves también figuraron predominantemente en el último decenio como centros de actividades relacionadas con las drogas, entre ellos, las Bahamas, Guyana, Jamaica y la República Dominicana. Por consiguiente, la policía y la judicatura de todo el Caribe hacen frente no solo a delitos menores sino también a delitos más graves, como los que causan lesiones corporales graves y la muerte, que están vinculados al uso indebido de drogas.

Las primeras políticas sectoriales sobre una red de epidemiología del Caribe

Los entes normativos y los planificadores de las naciones del Caribe necesitan datos actualizados y fiables sobre la prevalencia y la incidencia del uso de drogas y alcohol en sus respectivos países. Los necesitan para rastrear las tendencias en el tiempo, desarrollar perfiles de riesgo para grupos de población particulares específicos de cada país, seleccionar adecuadamente los programas y los recursos para la reducción de la demanda y establecer patrones que permitan evaluar los efectos de las intervenciones. Muchos países del Caribe no reúnen periódicamente esas estadísticas; aunque se realizan algunos estudios, dado que los cuestionarios y los métodos han cambiado con el tiempo, sus resultados no son comparables.

En 1991 se estableció un grupo de tareas de epidemiología de la CARICOM, que se reunió varias veces con el objetivo de acordar los detalles de un sistema de seguimiento regular. Esas actividades, sin embargo, tropezaron con varios obstáculos. Aunque el grupo de tareas acordó que era conveniente realizar estudios en escuelas secundarias, sólo unos pocos países estuvieron en condiciones de realizarlos. El análisis de los datos obtenidos se ha demorado debido a una escasez de personal tanto en los países como en la secretaría de la CARICOM, y a una falta de equipo de computadoras y programas informáticos para el análisis de datos. Además, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), que tiene su base en Trinidad y Tabago y que originalmente apoyó la reunión y el análisis de datos sobre drogas, ha cancelado el contrato de su epidemiólogo de drogas residente por la falta de fondos. Los territorios no autónomos de habla inglesa no han participado en ninguna actividad de epidemiología de drogas a nivel regional y, según la información disponible, no han compilado ninguna estadística.

La situación de los países de habla hispana es algo diferente: la República Dominicana participó durante cinco años en el sistema de epidemiología de las drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en América Central y continúa participando en el nuevo Sistema Interamericano de Datos sobre el Uso de Drogas de la CICAD. Cuba no ha participado en un programa multinacional de epidemiología de las drogas. Por estas razones, en el foro de expertos sobre la reducción de la demanda en el Caribe del

Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), celebrado en las Bahamas en octubre de 1994, los participantes indicaron que no se había establecido un mecanismo regional coherente para la reunión de datos sobre el uso de drogas. El foro, por lo tanto, recomendó que se estableciera un método normalizado para la reunión de datos básicos. Dieciocho meses más tarde, la reunión regional conjunta Unión Europea/PNUFID sobre coordinación y cooperación en la lucha contra las drogas en el Caribe, celebrada en Barbados en mayo de 1996, también llegó a la conclusión de que no había ningún sistema de seguimiento epidemiológico de las drogas a nivel de todo el Caribe y que ese sistema debía establecerse rápidamente en cooperación con organizaciones regionales. En consecuencia, se estableció en la región el Plan de Acción de Barbados para la coordinación y la cooperación en la lucha contra las drogas en el Caribe (el Plan de Acción de Barbados).

La ejecución del Plan de Acción de Barbados, cuestión examinada por los gobiernos del Caribe en una segunda reunión regional que se celebró en la República Dominicana en diciembre de 1997, requiere un sistema unificado de epidemiología de las drogas en la región ejecutado en estrecha cooperación con la CICAD. De particular interés para los participantes en la reunión de Barbados fue el sistema regional de seguimiento de la epidemiología de las drogas establecido por la CICAD en América Central y en la República Dominicana. También de interés resultó su sucesor, el Sistema Interamericano de Datos sobre el Uso de Drogas, que se inició en todo el hemisferio en 1997. El Sistema consiste en un conjunto de instrumentos normalizados que se pueden utilizar para reunir información sobre el uso y el uso indebido de drogas. Fue aprobado por la CICAD en octubre de 1996 y se creó un grupo consultivo internacional para supervisar su ejecución.

Perspectivas para una nueva iniciativa regional

Los Jefes de Gobierno reconocieron que el tráfico de drogas en la región seguía amenazando la paz, la seguridad y la sostenibilidad del desarrollo económico y social de las comunidades y que era urgente consolidar y acelerar el proceso para unificar y coordinar las actividades de reducción de la demanda. Se necesitaba una nueva iniciativa para centrar la atención en esas actividades.

Los muchos foros regionales sobre el uso indebido de drogas que precedieron y siguieron a la aprobación del Plan de Acción de Barbados continuaron reiterando la necesidad de poner en práctica actividades amplias y sostenibles para combatir el uso indebido de sustancias en la región mediante la reducción de la demanda. Los Jefes de Gobierno de la CARICOM aprobaron un programa regional sobre reducción y eliminación del uso indebido de drogas en 1996. La mayoría de los Estados miembros del Foro del Caribe de Estados Africanos, del Caribe y del Pacífico (CARIFORUM), compuesto de los Estados miembros de la CARICOM más la República Dominicana y Haití, ya habían ratificado la Convención Única sobre Estupefacientes de 1971 enmendada por el Protocolo de 1972 [1], el Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas [2] y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 [3],

y utilizaban ese marco para la elaboración de leyes y políticas. El programa regional tenía seis componentes: epidemiología, seguimiento, educación preventiva, sensibilización de la población, actividades de represión y tratamiento y rehabilitación, y contaba con la coordinación de una secretaría.

En 1997, en la Declaración de Santo Domingo contra las drogas, los gobiernos de la región reiteraron su política con respecto al establecimiento oportuno de un sistema de epidemiología del uso indebido de sustancias. Los Estados miembros de la CARICOM, como manifestación práctica de sus políticas en vigor, decidieron hacer una asignación indicativa de recursos del Programa Indicativo Regional para el Caribe del octavo Fondo Europeo de Desarrollo a un proyecto de sistema de seguimiento y epidemiología del uso indebido de drogas para establecer una red de seguimiento regional.

Los ministros de salud de los países de la CARICOM habían designado anteriormente al CAREC, en razón de su mandato, como la organización más apropiada para asumir responsabilidades en materia de epidemiología de las drogas; por lo tanto, se lo designó como organismo de ejecución del proyecto. El proyecto tiene su sede en la División de Enfermedades No Transmisibles del CAREC, que está a cargo de la gestión técnica. Dada su experiencia y sus conocimientos en materia de prevención y fiscalización de drogas, el PNUFID y la CICAD también participan como asociados clave en la ejecución del proyecto.

El Centro de Epidemiología del Caribe y la Red de Información sobre la Droga del Caribe

La misión del CAREC es mejorar la situación de la salud de los pueblos de la región del Caribe fomentando las capacidades de los países miembros en epidemiología, tecnologías de laboratorio y disciplinas de salud pública conexas mediante cooperación técnica, servicios, capacitación, investigación y una plantilla de personal motivado y bien capacitado. Estas actividades están administradas por la Organización Panamericana de la Salud en nombre de los 21 países miembros. El CAREC goza de buena reputación internacional por su labor en apoyo de la salud pública en el Caribe.

El objetivo general de la Red de Información sobre la Droga del Caribe (CARIDIN) es fortalecer la capacidad de los gobiernos del Caribe, las entidades técnicas y los organismos regionales para responder a las cambiantes pautas y tendencias del uso indebido de drogas y contribuir a la reducción del uso indebido de drogas en la región. La finalidad del Proyecto de Sistema de Seguimiento y Epidemiología del Uso Indebido de Drogas es establecer una buena base de datos y un sistema de seguimiento y alerta temprana, a fin de prestar asistencia a los entes normativos nacionales y regionales en la esfera de la reducción de la demanda.

Los efectos potenciales del Proyecto de Sistema de Seguimiento y Epidemiología del Uso Indebido de Drogas

El proyecto tiene por objeto sentar bases a largo plazo y, por lo tanto, se concentra en la creación de instituciones, la capacitación y el desarrollo de experiencia

práctica en investigaciones mediante estudios. Este enfoque asegurará que las redes nacionales de información sobre drogas y los equipos nacionales de investigación puedan organizar estudios de todo tipo y reunir datos de seguimiento, así como datos epidemiológicos. Los datos generados por el sistema de seguimiento no proporcionarán, al principio, un panorama completo del uso de drogas en toda la población. No obstante, con el tiempo servirán de alerta temprana para los entes normativos de los ministerios de salud, educación y justicia y para los servicios sociales clave, acerca del tipo de problemas de uso indebido de drogas que enfrentan y a los que deben referirse sus actividades de planificación.

Limitaciones y posibles escollos

El objetivo de CARIDIN es crear una base para los sistemas nacionales de información sobre drogas. Su éxito dependerá en gran medida de la forma en que se utilicen inicialmente la creación de instituciones, la capacitación y la experiencia práctica en los planos regional y nacional para las futuras actividades y los proyectos de investigación que aportarán contribuciones a esos sistemas. Hay varios posibles obstáculos al éxito de CARIDIN, tanto en el plano regional como en el nacional: en el plano regional, las principales actividades del proyecto, como el intercambio de información entre países, una mayor comparabilidad de los datos sobre uso de drogas entre las regiones y la utilización de información para la adopción de decisiones de política regionales, no tendrán éxito si los jefes de Estado y otras instituciones oficiales regionales no respaldan sus actividades como una de las prioridades de la región en su lucha contra las drogas. Además, una iniciativa regional como CARIDIN debe tener flexibilidad para adaptarse a las diferencias nacionales en materia de experiencia, infraestructura e idioma.

En el plano nacional, CARIDIN no logrará sus objetivos si sus actividades no logran atraer una amplia participación de comunidades y organizaciones pertinentes, o si no logran contribuir al desarrollo de una estrategia integrada de reducción de la oferta y la demanda. La falta de promoción de la utilidad de los productos de CARIDIN entre los interesados directos y los funcionarios gubernamentales reducirá su sostenibilidad a largo plazo. Los productos también deberán utilizarse para establecer políticas nacionales y regionales de prevención, ya que de lo contrario no recibirán el reconocimiento que merecen. Los datos reunidos deberán plasmarse, con mucho cuidado, en planes de acción, como nuevos programas educacionales. También es imperativo que los datos reunidos se utilicen para comenzar a mejorar la calidad de la vida de los usuarios de drogas, que ya tienen necesidades, y de los jóvenes, que están en riesgo.

Otros escollos en los planos regional y nacional son los cambios en el gobierno, con los cambios de prioridades que pueden acarrear, y el retiro y la migración del personal calificado y los coordinadores nacionales. El aumento de la experiencia en la región no puede basarse en un solo proyecto; se necesitan instalaciones de capacitación adicionales para ampliar la participación de los expertos regionales.

Las únicas instalaciones de capacitación para los estudios de las adicciones en la región son el Instituto del Caribe sobre el Alcohol y otros Problemas de Drogas y los cursos de estudios de las adicciones ofrecidos por la Universidad de las Indias Occidentales. No obstante, el Instituto del Caribe sólo ha impartido dos cursos regionales únicos en metodologías de investigación epidemiológica, y el curso sobre estudios de las adicciones ofrecido por la Universidad de las Indias Occidentales agotó sus fondos y debió ser clausurado.

Sostenibilidad y apoyo futuro

El entorno de políticas en toda la región del Caribe parece ser actualmente muy favorable para la adopción por los gobiernos de compromisos a largo plazo respecto de la continuidad de las actividades para desarrollar una metodología normalizada de reunión de datos de vigilancia epidemiológica del uso indebido de drogas que facilite la comparación entre los países. Los países de la región están aplicando el Plan de Acción de Barbados y obtienen considerable apoyo internacional, mientras que los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos han adoptado la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio, un nuevo compromiso de América para combatir el problema de las drogas. El aumento del uso indebido de drogas ha hecho que la población en general exija medidas gubernamentales más eficaces para prevenir el uso de drogas, en particular entre los jóvenes. Varios gobiernos han expresado su preocupación por el hecho de que no cuentan con fondos para contratar y mantener a personal técnico a largo plazo. Éste es particularmente el caso de las islas más pequeñas, donde las capacidades de los gobiernos en materia de salud e investigación están ya sobrecargadas. El proyecto de sistema de seguimiento y epidemiología del uso indebido de drogas ayudará a aliviar la escasez de recursos humanos al fortalecer el CAREC, una institución del Caribe capaz de realizar análisis de datos regionales y prestar asistencia técnica. La actual falta de información está retrasando la aplicación de políticas de drogas eficaces y demorando el alivio de los problemas de las drogas en la región del Caribe. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías puede cumplir una importante función en la región a ese respecto, ya que no cabe esperar que otros donantes aporten financiación para la investigación. La Unión Europea tiene experiencia y conocimientos excelentes sobre ese tipo de investigaciones; la experiencia europea aplicada a las investigaciones podría realzar el perfil de la Unión Europea en la región.

En el plano mundial, el apoyo se presta por conducto del Programa de evaluación mundial del PNUFID. En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre problemas de las drogas, celebrado en Nueva York del 8 al 10 de junio de 1998, los Estados miembros pidieron al PNUFID que prestara la asistencia necesaria para compilar datos fiables e internacionalmente comparables sobre el uso de drogas. El Programa de Evaluación Mundial se estableció precisamente con esa finalidad y para apoyar a las redes regionales de epidemiología como el CARIDIN.

Consecuencias para el apoyo continuado

Una red de epidemiológica no puede desarrollarse sin tener en cuenta los diferentes aspectos de la reducción de la demanda. Para la región del Caribe, la reducción de la demanda de drogas comprende las siguientes esferas: el fortalecimiento de instituciones y el desarrollo de capital humano; la elaboración de políticas; la educación en materia de prevención; el tratamiento y la rehabilitación; las actividades de investigación y desarrollo, y la gestión y coordinación de programas. La reunión de datos está estrechamente vinculada a nivel operacional dentro de cada esfera y el mejoramiento de cada aspecto tiene, por lo tanto, efectos sustanciales sobre el desarrollo de estrategias de reunión de datos.

Desarrollo de políticas

La realidad que deben tener en cuenta las políticas en el sector social y de salud en la mayoría de los Estados del Caribe, si no en todos ellos, es que los problemas relacionados con la transición epidemiológica de las drogas coexisten con otros problemas sociales y de salud. El virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y otras infecciones de transmisión sexual, los accidentes de tránsito, la delincuencia y la violencia, los suicidios y la comorbilidad siquiátrica son problemas que están relacionados entre sí y asociados al uso de drogas, y que dan lugar a la subsiguiente degeneración social de la sociedad. Además, grandes números de jóvenes exacerbarán los problemas de salud dimanantes de actividades que implican un comportamiento de riesgo como el hábito de fumar y el uso indebido de drogas, otros tipos de uso de drogas, la violencia, los accidentes de tránsito y las actividades sexuales. Para abordar esos problemas, la región puede construir y adoptar modelos para una respuesta social organizada a la situación de los adolescentes y los jóvenes y de la sociedad en general. Dados los vínculos que existen con otros problemas sociales y de salud, la reunión de datos sobre el uso indebido de sustancias deberá estar vinculada a otros sistemas de datos sociales, como los relativos al VIH/SIDA, la juventud, la pobreza y la delincuencia.

Educación en materia de prevención

La prevención de enfermedades relacionadas con el uso de drogas requiere un cambio radical del pensamiento sobre el cuidado de la salud. Los sistemas de atención de la salud de la CARICOM se han basado en la simple premisa de que las personas se enferman y deben ser tratadas. La prevención de enfermedades relacionadas con el uso indebido de drogas, en cambio, requiere la acción del individuo. Éste debe asumir la responsabilidad personal por sus acciones cotidianas y se considera que si no lo hace estará infringiendo los derechos de sus conciudadanos. Se gastan millones de dólares en el tratamiento del cáncer de pulmón, enfermedad que está relacionada directamente en un 90% con el hábito de fumar cigarrillos, y la única manera de reducir esos gastos es persuadir a los ciudadanos de que dejen de fumar o que no adopten ese hábito. Las instituciones regionales no tienen otra

opción: hay que tomar una decisión consciente para promover estilos de vida más saludables. Una medida muy eficiente consiste en identificar componentes de drogas en otros proyectos y programas de desarrollo, como los de alivio de la pobreza, el VIH/SIDA, la potenciación de la comunidad y la prevención del delito. Esos proyectos probablemente sean más eficaces para reducir el uso de drogas que los proyectos de prevención primaria, ya que los proyectos de desarrollo abordan las causas subyacentes del uso de drogas problemático y centran la atención en los grupos más expuestos a riesgo.

Tratamiento y rehabilitación

Uno de los grandes problemas que obstaculizan las iniciativas de lucha contra el uso indebido de drogas en la región es la falta de instalaciones de tratamiento, especialmente en las islas más pequeñas. La desintoxicación médica de usuarios de drogas se proporciona principalmente en hospitales generales o psiquiátricos; otros servicios de tratamiento consisten en programas de residencia para lograr la abstinencia total. Aparte de estos servicios especializados no se cuenta con otros, por ejemplo, servicios para mujeres y jóvenes, centros de reunión y servicios de orientación para pacientes externos. Además, las instalaciones de tratamiento con frecuencia funcionan sin estar sujetas a normas relativas a la calidad de la atención. Mientras no se establezcan normas y no se mejore la eficacia de los servicios de tratamiento, todo intento de reunir datos sobre servicios de tratamiento tendrá una prioridad baja. El CARIDIN también tendrá que proponer la evaluación de la prevención terciaria, así como el desarrollo continuado de programas de tratamiento.

Actividades de investigación y desarrollo

Los Estados miembros de la CARICOM están convencidos de que la falta de una base de datos amplia y comparable sobre las pautas y tendencias del uso indebido de drogas, en un momento en que la población de la región del Caribe está cada vez más expuesta a las drogas ilícitas, inhibe las capacidades nacionales para planificar y aplicar programas apropiados de fiscalización, prevención y rehabilitación. Hay una gran necesidad de información que se pueda utilizar para establecer políticas basadas en las pruebas. Los Estados miembros están convencidos de que las actividades de planificación y programación no son suficientemente selectivas ni eficaces en función de su costo, debido al carácter inadecuado de la reunión y coordinación de datos nacionales, la baja calidad de los datos existentes y la imposibilidad de compararlos en el plano regional, la escasez de personal adecuadamente capacitado y el bajo nivel de intercambio de información en la región. Para que las actividades de investigación y desarrollo en los planos regional y nacional aporten verdaderos beneficios a las iniciativas programáticas, habrá que compilar pruebas fiables y compartirlas en forma continuada dentro de la región. El CARIDIN está ahora en buenas condiciones para reunir, analizar y difundir datos y estudios sobre el uso de drogas en el Caribe con miras a evaluar adecuadamente la magnitud del problema de las drogas en la región.

Conclusión

El CARIDIN necesitará financiación continuada de los gobiernos de la región o de donantes externos, o de ambos, para poder continuar su labor. Al establecer redes regionales y nacionales de epidemiología de las drogas, es esencial crear vínculos entre las actividades de los proyectos y las fuentes de experiencia existentes o futuras, así como la infraestructura necesaria para la investigación epidemiológica. Por consiguiente, los donantes deben tener conciencia de que la capacitación es esencial para los que trabajan en la esfera de la reducción de la demanda. Lamentablemente, en el pasado los donantes externos han hecho grandes inversiones en la capacitación de oficiales de organismos de represión, pero han descuidado el lado de la demanda. Sin embargo, un enfoque integrado y equilibrado de lucha contra las drogas sólo puede tener éxito si se reconoce que las actividades para reducir la demanda de drogas revisten igual importancia que las actividades para reducir la oferta.

Referencias

1. Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, No. 7515.
2. Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1019, No. 14956.
3. *Documentos oficiales de la Conferencia de las Naciones Unidas para adoptar una Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, Viena, 25 de noviembre a 20 de diciembre de 1988*, vol. 1 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.94.XI.5).

El desarrollo de la Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso Indebido de Drogas: métodos y cuestiones

C. D. H. PARRY*

A. PLÜDDEMANN

*Grupo de Investigación del Uso Indebido de Alcohol y Drogas,
Consejo de Investigaciones Médicas, Ciudad del Cabo (Sudáfrica)*

J. STRIJDOM

*Dirección de Desarrollo Humano y Social y Programas Especiales,
Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, Gaborone*

RESUMEN

En 2000, la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (SADC) encomendó al Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica la creación de la Red de Epidemiología sobre el Uso de Drogas (SENDU) de la SADC. El objetivo de la SENDU es mejorar la base de información para los entes normativos de los Estados miembros de la SADC con el fin de abordar el problema de la carga sanitaria, social y económica generada por el uso indebido de alcohol y otras drogas. En el presente artículo, los autores describen los métodos utilizados para crear un sistema de vigilancia del uso indebido de alcohol y drogas en los 14 Estados miembros de la SADC, concentrándose en especial en sectores tales como la capacitación y el apoyo técnico, el desarrollo de redes de partes interesadas en cada país, los indicadores básicos y las fuentes de datos, la validación de los datos y su clasificación y difusión. El artículo analiza también otras cuestiones importantes para la creación de redes de epidemiología comunitaria sobre el uso indebido de drogas en los países en desarrollo, entre ellas los asuntos estructurales en el ámbito nacional e internacional, las restricciones en materia de recursos, la financiación y ciertos conceptos tales como la necesidad de flexibilidad y la adopción de un enfoque de “pequeños avances”. Aunque es muy pronto para evaluar las repercusiones de la iniciativa de la SENDU, los autores creen que ya está demostrando su utilidad.

Nociones clave: Sudáfrica; seguimiento; uso indebido de drogas; epidemiología; métodos.

* Los autores agradecen las contribuciones financieras del Fondo Europeo de Desarrollo, el Programa Europeo de Reconstrucción y Desarrollo y Sudáfrica al proyecto SENDU, así como el apoyo técnico prestado al proyecto por Nicholas J. Kozel de la División de Investigaciones en Epidemiología, Servicios y Prevención del Instituto Nacional sobre la Drogadicción de los Estados Unidos, por Paul Griffiths, Rebecca McKetin y Matthew Warner-Smith del Programa de Evaluación Mundial del Uso Indebido de Drogas del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y por otros miembros del Grupo de Trabajo Internacional de Epidemiología del Uso Indebido de Drogas, especialmente Zili Sloboda, Vis Navaratnam y Richard Hartnoll.

Introducción

La Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (SADC), que fue creada en 1992, cuenta con 14 Estados miembros. Sus Estados miembros son muy diferentes en cuanto a superficie terrestre, población, niveles de ingresos e idiomas oficiales (véase el cuadro 1). La región tiene una población de aproximadamente 200 millones de personas y una superficie similar a la de los Estados Unidos de América. La reducción de la pobreza, la gestión de los efectos del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y el problema de la inestabilidad política son algunos de los asuntos clave que enfrenta actualmente la SADC.

Cuadro 1. Estados miembros de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo: indicadores seleccionados

<i>Estado miembro</i>	<i>Superficie terrestre (en km²)</i>	<i>Población^a</i>	<i>Producto interno bruto por habitante^b (en dólares de los Estados Unidos)</i>	<i>Idioma(s) oficial(es)</i>
Angola	1 246 700	10 366 031	1 000	Portugués
Botswana	600 370	1 586 119	6 600	Inglés
Lesotho	30 355	2 177 062	2 400	Inglés
Malawi	118 480	10 548 250	900	Inglés y chichewa
Mauricio	1 860	1 189 825	10 400	Inglés
Mozambique	801 590	19 371 057	1 000	Portugués
Namibia	825 418	1 797 677	4 300	Inglés
Seychelles	455	79 715	7 700	Francés e inglés
Sudáfrica	1 219 919	43 586 097	8 500	^c
Swazilandia	17 363	1 104 343	4 000	Inglés y siswati
República Unida de Tanzania	945 087	36 232 074	710	Inglés y swahili
República Democrática del Congo	2 345 410	53 624 718	600	Francés
Zambia	752 614	9 770 199	880	Inglés
Zimbabwe	390 580	11 365 366	2 500	Inglés
Total	9 296 201	202 789 533		

Fuente: Estados Unidos de América, Central Intelligence Agency, *The World Fact Book 2001*, Washington, D.C.

^aEstimaciones para 2001.

^bParidad del poder adquisitivo (estimaciones para 2001).

^cHay 11 idiomas oficiales. Predomina el inglés.

En 2000, se encomendó al Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica que estableciera sistemas de vigilancia centinela en todos los Estados miembros de la SADC como parte del Programa Regional de Lucha contra las Drogas de la SADC [1]. Esta iniciativa se debió a la opinión de que la carga del daño que produce el uso indebido de alcohol y otras drogas en África meridional probablemente aumentará con el desarrollo y al Protocolo de la SADC sobre la Lucha contra las Drogas Ilícitas de 1996, que destaca la importancia de la información y la investigación para fundamentar las actividades de interdicción y de reducción de la demanda [2].

La red regional creada en octubre de 2000 fue designada Red de Epidemiología sobre el Uso de Drogas (SENDU). La SENDU se basó en la Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas (SACENDU), un sistema de vigilancia del uso indebido de alcohol y drogas que fue creado en 1996 y que abarca una red de investigadores, profesionales de la salud y entes normativos de cinco Estados centinela de África del Sur [3]. Además de suministrar información sobre las tendencias de uso y el uso indebido de alcohol y drogas, la SACENDU ha sido un medio para fortalecer la capacidad de investigación, mediante el estímulo de las investigaciones relacionadas con el alcohol y las drogas en zonas nuevas o con servicios insuficientes, así como para hacer sugerencias acerca de las políticas y las prácticas en materia de uso indebido de sustancias [4].

El objetivo general de la SENDU es mejorar la base de información para los entes normativos de los Estados miembros de la SADC con miras a abordar el problema de la carga sanitaria, social y económica generada por el uso indebido de alcohol y otras drogas. Sus objetivos específicos son:

- a) Desarrollar una red de partes interesadas en uno o más sitios en cada uno de los Estados miembros de la SADC;
- b) Llegar a un acuerdo acerca de un conjunto de indicadores para medir la índole, el alcance y los efectos del uso indebido de alcohol y drogas;
- c) Reunir información acerca de los indicadores relativos al alcohol y las drogas en cada sitio;
- d) Intercambiar, validar y clasificar la información reunida cada seis meses en cada sitio y en el ámbito regional;
- e) Difundir la información a los entes normativos y los especialistas en el ámbito nacional y regional;
- f) Ejercer presión sobre los entes normativos clave con el fin de que utilicen la información suministrada por el sistema de vigilancia y apoyen su continuo desarrollo;
- g) Evaluar la eficacia del proyecto.

Métodos

El logro de los objetivos antes enumerados se logrará mediante las tareas que se describen en las secciones siguientes, que se realizarán entre 2000 y 2005.

Capacitación y apoyo técnico

En octubre de 2000 se celebraron consultas durante cuatro días en Pretoria, con la participación de representantes de todos los Estados miembros de la SADC. El apoyo a las consultas lo brindaron el Funcionario de Fiscalización de Drogas de la SADC y el personal del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) que participa en el Programa de Evaluación Mundial del Uso Indebido de Drogas [5]. Antes de las consultas, los representantes habían completado un formulario de auditoría con el fin de evaluar la índole y el alcance de las posibles fuentes de información en torno al uso de alcohol y drogas en cada país e identificar los medios para mejorar la cantidad y calidad de esa información. Durante las consultas, se suministró capacitación por medio de conferencias y de la participación en una reunión nacional acerca del proyecto SACENDU. Los objetivos de la capacitación comprendieron el suministro de información a los participantes acerca de: a) la necesidad de un seguimiento continuo de las tendencias en materia de uso de alcohol y drogas; b) los distintos métodos para vigilar las tendencias en lo relativo al uso de alcohol y drogas, y c) la creación de redes de epidemiología comunitaria mancomunadas, la determinación de los indicadores específicos utilizados y los métodos para reunir, analizar y comunicar datos.

Un segundo elemento importante de la capacitación son las visitas periódicas de apoyo técnico a cada país, de cuatro a siete días de duración. En 2001 y el primer semestre de 2002, se llevaron a cabo visitas a Botswana, Lesotho, Malawi, Mauricio,

Cuadro 2. Cronograma propuesto para el desarrollo de sitios de la SENDU

<i>Estados miembros</i>	<i>Visitas de apoyo técnico</i>	<i>Fecha oficial del comienzo de la reunión de datos</i>	<i>Primer informe sobre datos en una reunión regional</i>
Lesotho, Mauricio y las Seychelles	Enero a junio de 2001	Julio de 2001	Abril y mayo de 2002
Botswana y Namibia	Julio a diciembre de 2001	Enero de 2002	Octubre y noviembre de 2002
Malawi y Mozambique	Enero a junio de 2002	Julio de 2002	Abril y mayo de 2003
República Unida de Tanzania	Julio a diciembre de 2002	Enero de 2003	Octubre y noviembre de 2003
Zambia y Zimbabwe	Enero a junio de 2003	Julio de 2003	Abril y mayo de 2004
Swazilandia	Julio a diciembre de 2003	Enero de 2004	Octubre y noviembre de 2004
Angola y República Democrática del Congo	Enero a junio de 2004	Julio de 2004	Abril y mayo de 2005

Nota: El sistema de vigilancia del uso de alcohol y drogas de Sudáfrica, que inició sus operaciones en julio de 1996, comunicó los primeros datos en abril de 1997.

Mozambique, Namibia y las Seychelles. A fines de junio de 2004 se habrán realizado las visitas a los restantes países (véase el cuadro 2). El objetivo de las visitas es aprender más acerca de las tendencias de uso de alcohol y drogas en cada país, celebrar reuniones con funcionarios gubernamentales para informarles de la iniciativa SENDU, asistir a los países en la creación de instrumentos para reunir y clasificar la información sobre el uso de alcohol y drogas y sus consecuencias, apoyar a los coordinadores de los países en la organización de una reunión inicial de posibles miembros de una red de vigilancia del uso de alcohol y drogas, llevar a cabo visitas a los organismos donde se reunirá la información y determinar otros sectores que requieran apoyo técnico o de otra índole.

Se imparte capacitación adicional por conducto de ejercicios de capacitación ad hoc (por ejemplo, en materia de gestión de la información y técnicas de análisis), reuniones semestrales regionales de información, contactos personales entre el personal del Consejo de Investigaciones Médicas y los facilitadores en cada sitio y mediante informes y boletines semestrales (*SENDU Update*).

La creación de redes de partes interesadas

La creación de redes epidemiológicas comunitarias en uno o más sitios en cada país es tanto un objetivo del proyecto SENDU como un medio para lograr otros objetivos. Las redes de epidemiología comunitaria son grupos de trabajo compuestos de numerosos organismos, orientados hacia cuestiones de salud pública, que estudian la propagación, el crecimiento o el desarrollo del uso indebido de sustancias y sus problemas conexos [6]. Los miembros de la red tienen acceso a la información existente en una diversidad de fuentes. Se reúnen periódicamente para examinar y comparar los datos y sacar conclusiones. La información se presenta en un formato normalizado para facilitar el examen y el análisis comparativo. Se pueden llevar a cabo estudios cualitativos para ayudar a los miembros a comprender las conclusiones cuantitativas derivadas de las series de datos existentes [6]. Se han establecido redes regionales, nacionales y locales en diversas partes del mundo [7].

Los objetivos primordiales de los miembros de la red son: la identificación de las pautas del uso de drogas en determinadas zonas geográficas; la determinación de los cambios en las pautas de uso indebido de drogas con el fin de establecer las tendencias; la detección de tendencias emergentes en materia de uso indebido de drogas, y la comunicación y difusión de la información a los organismos comunitarios y las organizaciones pertinentes, con miras a que pueda utilizarse en el desarrollo de políticas, prácticas y estrategias de prevención, y en estudios de investigación. Entre los miembros de las redes se cuentan personas que están en condiciones de aportar y evaluar información sobre el uso de drogas en determinadas zonas geográficas. Esas personas pueden representar a organismos y organizaciones que tienen algún tipo de responsabilidad en materia de problemas de uso indebido de sustancias o que se benefician directamente de la adquisición de información acerca del uso indebido de drogas. También pueden participar investigadores y otras personas que poseen conocimientos especiales acerca de una determinada población de usuarios de drogas [6, 7].

En el proyecto SENDU, la creación de redes locales se estimula inicialmente mediante contactos personales y visitas a los sitios que forman parte de las visitas de apoyo técnico, así como por conducto de seminarios de un día de duración que se llevan a cabo durante cada visita. Otro impulso para el desarrollo de la red proviene de las reuniones de información que se celebran dos veces por año en cada sitio. A las redes pueden sumarse nuevos miembros en cualquier momento.

Acuerdo sobre indicadores básicos y selección de fuentes de información

En las consultas, se presentó a los representantes de los países una lista de los indicadores de uso de alcohol y drogas y sus consecuencias, clasificados por fuente de información. Esos indicadores y fuentes de información abarcaban:

a) Las sustancias primarias y secundarias de uso indebido sobre las cuales informaron los clientes al ser admitidos en instituciones especializadas en el tratamiento del uso indebido de alcohol y drogas; las sustancias primarias y secundarias de uso indebido sobre las cuales informaron los usuarios al ser admitidos en instituciones especializadas en el tratamiento del uso indebido de alcohol y drogas;

b) La proporción de diagnósticos de alta y baja relacionados con el uso indebido de sustancias, según lo informado por los establecimientos de tratamiento psiquiátrico de casos agudos;

c) Las muertes relacionadas con el uso de alcohol y drogas, de acuerdo con los informes de las morgues;

d) Los datos sobre admisiones a las salas de emergencia relacionados con el uso de alcohol y drogas, reunidos mediante informes de los propios pacientes y marcadores biológicos;

e) Los datos sobre detenciones, incautaciones, composición de la droga y precios obtenidos de las divisiones antinarcóticos y los laboratorios forenses de la policía;

f) Conductas relacionadas con el uso de alcohol y drogas y sus consecuencias de las que se haya informado mediante estudios o entrevistas de grupos de discusión con estudiantes de escuelas secundarias, personas que asisten a fiestas en las que se consumen drogas, trabajadoras sexuales, niños de la calle, presos o personas que asisten a clínicas de atención primaria de la salud;

g) Datos sobre delitos relacionados con el uso de alcohol y drogas obtenidos de informes de los propios pacientes y de los análisis de orina de personas detenidas por diversos tipos de delitos.

Esos indicadores muestran una considerable superposición con el conjunto de indicadores básicos que seleccionó un grupo de expertos técnicos en Lisboa en enero de 2002, en una reunión auspiciada por el PNUFID sobre los principios, las estructuras y los indicadores necesarios para sistemas de información sobre drogas eficaces. Ese conjunto de indicadores sirvió luego de base para la revisión de la segunda parte del cuestionario revisado para los informes anuales del PNUFID.

En la reunión consultiva, se logró un amplio acuerdo acerca de la adecuación de los indicadores y las fuentes enumeradas más arriba. Durante las visitas de apoyo técnico a distintos países se realizó un refinamiento del conjunto de indicadores básicos ("sistema básico") y de los elementos adicionales. Cuando se consideró apropiado, se recomendó que los datos se presentaran clasificados por grupos de edad y por género. El "sistema básico" comprende los datos sobre la demanda de tratamiento en centros especializados en el uso indebido de sustancias, si existen, y en los hospitales psiquiátricos, así como la información obtenida de la policía sobre detenciones, incautaciones y precios de las drogas (véase cuadro 3). Otros elementos adicionales podrían ser los estudios en escuelas, los estudios en las morgues y las salas de emergencia, o los datos reunidos de organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, las instituciones que trabajan con jóvenes). A medida que se desarrolle el sistema de reunión de datos en un lugar determinado, se podrán agregar otros componentes adicionales. El objetivo es obtener un acuerdo general sobre indicadores reunidos de distintas fuentes con miras a comprender el comportamiento del uso indebido de alcohol y drogas y sus consecuencias conexas.

Cuadro 3. Principales fuentes de datos que es probable que se utilicen en determinados países durante la primera etapa

Fuente: Botswana Lesotho Mauricio Mozambique Namibia Seychelles Sudáfrica

	Botswana	Lesotho	Mauricio	Mozambique	Namibia	Seychelles	Sudáfrica
<i>Sector de salud y servicios sociales</i>							
Centros de tratamiento especializado							
		x	x	x	x	x	x
Pabellones psiquiátricos	x	x	x	x	x	x	x
Morgues	x				x	x	x
Salas de emergencia							x
Pabellones generales				x			
<i>Orden público, justicia y cárceles</i>							
Unidades antinarcoóticos o laboratorios de ciencias forenses							
	x	x	x	x	x	x	x
Datos de las cárceles			x		x		
Servicios de libertad vigilada	x					x	
Departamentos de tránsito	x				x		
<i>Otras</i>							
Producción de alcohol			x			x	
Otras organizaciones no gubernamentales	x			x	x	x	
Consejeros estudiantiles						x	

Reunión de datos sobre indicadores del alcohol y las drogas en cada sitio

Una vez establecidas las redes en lugares específicos y acordados los indicadores y las fuentes de información a las que se puede acceder en un sitio determinado, se alienta a los facilitadores en cada país a que comiencen a reunir información de cada fuente dos veces al año, a partir del 1º de enero o del 1º de julio. Cuando es necesario, se suministra ayuda adicional a las partes interesadas. Por ejemplo, en la mayoría de los países, se han llevado a cabo seminarios para prestar asistencia al personal de centros de tratamiento del uso indebido de alcohol y drogas y al departamento gubernamental pertinente en la preparación de un instrumento normalizado de reunión de datos y para acordar los mecanismos para la recopilación de la información de todos los centros. Se han elaborado mecanismos modelo de reunión de datos, que se encuentran disponibles en distintos lugares; por ejemplo, en los centros de tratamiento del uso indebido de alcohol y drogas, las unidades antinarcóticos de la policía, los centros de atención primaria de la salud, las cárceles y las instalaciones de tratamiento psiquiátrico.

Intercambio, validación y clasificación de la información reunida

El objetivo es que cada red local realice reuniones semestrales de información, en las cuales se presente la información obtenida de cada fuente de datos. Se alienta a las personas que organizan las reuniones que asignen tiempo suficiente para el análisis, de manera tal que los miembros de la red puedan "cuestionar" los datos, es decir buscar las similitudes, las disparidades y los cambios ocurridos a lo largo del tiempo y encontrar las explicaciones pertinentes. La tarea de los facilitadores en cada sitio es, pues, recopilar la información de las distintas fuentes (y con el transcurso del tiempo, cuando se disponga de datos sobre las tendencias) y preparar los informes de los sitios utilizando un formato modelo. Se alienta también a los coordinadores de sitios a que destaquen las cuestiones que requieran seguimiento, aquellas que exijan una investigación más a fondo y las implicaciones o sugerencias que tengan en relación con las políticas y las prácticas.

También se realizan sesiones semestrales de información en el ámbito regional con el objeto de facilitar la presentación de los informes por países y llevar a cabo el examen de las similitudes, las disparidades, las tendencias y otros asuntos. Se ha encomendado al Consejo de Investigaciones Médicas la preparación de informes regionales dos veces por año, clasificando la información obtenida de los informes por países y realizando otros análisis de tendencias y pronósticos.

Difusión de información y concienciación

La difusión de la información es un elemento esencial de la iniciativa de la SENDU. La información se difunde a diversos tipos de público. En el ámbito nacional, incluye a los miembros de la red en cada lugar, los medios de comunicación, el público en general y los responsables de políticas que no son miembros de la red. En el ámbito internacional, incluye a los miembros de las otras redes nacionales o locales, la Comisión de Fiscalización de Drogas de la SADC y organismos de las

Naciones Unidas tales como el PNUFID y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para llegar a tipos tan distintos de público, se emplea una amplia gama de tecnologías que van desde los documentos informativos y los comunicados de prensa hasta los informes de extensión variable. Estos documentos se envían por correo y se transfieren a un sitio en la web¹. En la mayoría de los países que son miembros se han celebrado entrevistas de radio y televisión. También se han celebrado sesiones de información para comisiones parlamentarias y para ciertos entes normativos en Sudáfrica, utilizando para ello datos obtenidos de SACENDU. Hasta la fecha, se han hecho presentaciones acerca de las redes de Sudáfrica y regionales en reuniones internacionales celebradas en los Estados Unidos de América y en Europa. Es necesario continuar promoviendo a la SENDU con el fin de asegurar que se transmitan los datos a los encargados de establecer las políticas y se facilite apoyo financiero a las redes nacionales y regionales.

Evaluación del proyecto

La SADC tiene previsto realizar una evaluación externa de la iniciativa SENDU. Se prevé que esta tarea se iniciará hacia el fin del primer ciclo quinquenal de financiación e incluirá un examen del proyecto en lo relativo al nivel de participación de las partes interesadas, la integridad y calidad de la información obtenida, la utilidad del proceso y la información obtenida por los participantes en la red y los entes normativos, así como la adecuación de los indicadores. Una evaluación positiva facilitará la tarea de asegurar un apoyo continuado a la iniciativa por parte de los Estados miembros de la SADC.

Cuestiones clave

La sección sobre metodología contenía un esbozo de las estrategias generales que se utilizarían para lograr los objetivos específicos enumerados en la introducción del presente artículo. Sin embargo, hay otras cuestiones que es necesario analizar para lograr una imagen más amplia de lo que se ha hecho en el África meridional y de los elementos que se consideran valiosos para establecer redes de epidemiología comunitaria en los países en desarrollo.

Cuestiones estructurales

En el ámbito nacional, es esencial contar con un organismo principal que esté en condiciones de alimentar el desarrollo del sistema de vigilancia. El organismo principal debe ser una institución con una sólida base financiera. Lo ideal sería que hubiera más de un "promotor" dentro de cada país para impulsar el proceso. Se ha alentado a todos los países a establecer una pequeña comisión permanente compuesta de personas de distintos sectores y con diversas capacidades con el fin de supervisar el desarrollo de las redes locales. Las funciones de la comisión permanente abarcan la determinación de las fuentes de información que se utilizarán

¹Red sudafricana de información sobre la salud (www.sahealthinfo.org/admodule/sendu.htm).

en cada sistema de vigilancia; el enlace con las distintas personas u organismos responsables de la reunión de datos para asegurar que estén dispuestas a iniciar la reunión de datos y cuenten con el equipo necesario; la asistencia al organismo principal en la reunión, clasificación y análisis de los datos generados en cada etapa y en la preparación de los informes por países al final de cada etapa de reunión de datos, así como en la preparación de presentaciones para las reuniones regionales de información; el apoyo al organismo principal en los preparativos para las reuniones semestrales de información y el funcionamiento y la expansión continuos del sistema de vigilancia.

El apoyo internacional también es útil para el desarrollo de sistemas nacionales de vigilancia. La cooperación de la secretaría de la SADC, en especial, ha facilitado la creación de la SENDU. Las visitas de apoyo técnico del equipo del Consejo de Investigaciones Médicas (acompañado por el Funcionario de Fiscalización de Drogas de la SADC) han sido un catalizador útil en la creación de sistemas nacionales que ya están en funcionamiento en el ámbito de los países. Además, las reuniones regionales periódicas de información a las que asisten los miembros de la Comisión de Fiscalización de Drogas de la SADC, facilitan el funcionamiento continuo de los sistemas de vigilancia. También ha sido valioso el apoyo brindado por el Programa Mundial de Evaluación, especialmente en lo relativo al apoyo técnico que han suministrado los asesores regionales de epidemiología. Tanto el Instituto Nacional sobre la Drogadicción de los Estados Unidos como el PNUFID han brindado oportunidades para que las iniciativas SACENDU y SENDU estuvieran representadas en foros internacionales y para que el personal del proyecto pudiera observar cómo funcionan otros sistemas nacionales y regionales de vigilancia.

Desarrollo de la capacidad y limitaciones de recursos

Los países tienen capacidades muy diferentes para establecer los tipos de sistemas de vigilancia que se han esbozado en el presente artículo. En especial, difieren en lo relativo a sus recursos humanos y de otra índole. Algunos ya cuentan con la mayoría de los elementos y sólo necesitan ser alentados a establecer la red y comenzar a clasificar la información que ya han reunido de diversas fuentes. Otros, sin embargo, carecen de recursos tales como el equipo de laboratorio que necesita la policía para determinar la presencia de drogas, computadoras y programas informáticos, y el personal necesario para ingresar, analizar y clasificar la información. El PNUFID, por conducto del Programa Mundial de Evaluación, ha prestado un firme apoyo suministrando computadoras y programas informáticos a varios Estados miembros de la SENDU y organizando un seminario sobre gestión y análisis de datos.

Financiación

Los sistemas de vigilancia comunitaria son una forma relativamente eficiente en función del costo para el seguimiento del uso indebido de alcohol y drogas [4]. Sin

embargo, se necesitan fondos para apoyar la celebración periódica de reuniones de información (en los planos local, nacional y regional), las actividades de difusión y los estudios especiales. En un principio, el proyecto SACENDU recibió financiación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (por conducto de la OMS), y luego utilizó esa circunstancia para obtener financiación de diversos departamentos de gobiernos nacionales y provinciales. La iniciativa SENDU ha recibido el apoyo de un subsidio quinquenal de la SADC (por conducto de la Unión Europea). Esos fondos se utilizan para sufragar el costo de la capacitación y las reuniones de consulta, las visitas de apoyo técnico (inclusive la primera reunión de la red de un país) y las reuniones semestrales regionales de información, así como para facilitar la redacción de informes y la difusión de información. Se espera que, al concluir el presente período, el proyecto sea financiado en gran parte por los Estados miembros de la SADC.

Flexibilidad

Al crear la SENDU, la intención ha sido establecer un sistema de vigilancia que permita hacer comparaciones entre países. Sin embargo, no se puede imponer en forma rígida un sistema de este tipo. Está claro que los países pueden diferir en aspectos tales como el organismo principal, las fuentes de datos y si el enfoque debe centrarse en el país en su conjunto o en sitios centinela dentro del país. Las redes locales deben estar dispuestas a adaptarse en caso de que adviertan que algo no funciona bien (por ejemplo, si la información de una determinada fuente de datos deja de estar disponible).

Pequeños avances

La creación de una red en una ciudad, un país o una región probablemente exigirá tiempo. A veces se sufren reveses, por ejemplo, cuando los datos no se entregan a tiempo para una reunión de información. La clave radica en aprovechar los éxitos y eludir los obstáculos, esforzándose siempre por seguir adelante y mejorar el sistema.

Conclusión

Es aún muy pronto para evaluar los efectos de la iniciativa SENDU. El punto de vista de los autores es que, hasta la fecha, los facilitadores a nivel de países y los dirigentes políticos han demostrado un compromiso sustancial al apoyar el proyecto. Se ha estimulado el establecimiento de redes entre los países y con los organismos internacionales como el PNUFID, así como entre las partes interesadas dentro de cada país que comprenden sectores muy distintos. Se ha fortalecido la capacidad de los países para facilitar la vigilancia del uso de alcohol y drogas y sus consecuencias, así como la información básica sobre la situación relativa al uso indebido de drogas y se han obtenido recursos para la reunión de datos, en tanto que siete países ya han comenzado a reunir datos sistemáticamente con el formato de la SENDU. La información surgida de la primera reunión de información,

celebrada en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) en abril de 2002, refuerza el argumento de que la carga derivada del uso indebido de alcohol y drogas difiere ampliamente entre los Estados miembros de la SADC y de que los perfiles de las drogas que se usan en la región y de los toxicómanos están cambiando.

Referencias

1. Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, *SADC Regional Drug Control Programme 1998-2002* (Gaborone, 1998).
2. Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, *Protocol on Combating Illicit Drugs* (Gaborone, 1996)
3. C. D. H. Parry, A. Plüddemann y A. Bhana, "Southern African Community Epidemiology Network on Drug Use (SENDU): Year 1", en *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, vol. II: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group*, Instituto Nacional sobre la Drogadicción, ed. (Rockville, Maryland, 2001), págs. 364 a 377.
4. C. D. H. Parry y otros, "The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): description, findings (1977-1999) and policy implications", *Addiction*, vol. 97, págs. 969 a 976.
5. Naciones Unidas, Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito, *Global Assessment Programme on Drug Abuse* (Viena, 2000). Se puede consultar en www.undcp.org/pdf/drug_demand_gap_project.pdf (31 de mayo de 2002).
6. N. Kozel y Z. Sloboda, *Assessing Drug Abuse Within and Across Communities: Community Epidemiology Surveillance Networks on Drug Abuse* (Rockville, Maryland, Instituto Nacional sobre la Drogadicción, 1998).
7. Z. Sloboda y N. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", en *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz y C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press), págs. 47 a 62.

Problemas que plantea el desarrollo de sistemas de información sobre drogas en África

M. WARNER-SMITH*

*Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito,
Oficina Regional para el África Meridional,
Pretoria (Sudáfrica)*

RESUMEN

El desarrollo de sistemas para reunir datos sobre consumo de drogas en el África subsahariana plantea varios problemas. El clima político, cultural y económico genera una serie de problemas, que van desde los inconvenientes de una infraestructura de comunicaciones limitada hasta cuestiones más fundamentales como las relativas a las prioridades del gobierno en materia de gastos de salud pública. Además de los problemas generales que afectan a cualquier iniciativa de desarrollo en el África subsahariana, los que diseñan sistemas de información sobre drogas deben hacer frente a la falta de datos indicadores recogidos periódicamente y a una escasez de individuos con las aptitudes o calificaciones necesarias para supervisar sistemas de información sobre drogas. A fin de obtener información fiable sobre el consumo de drogas, el Programa de Evaluación Mundial del Uso Indebido de Drogas del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, junto con sus contrapartes regionales y a nivel de países como la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, ha venido apoyando el desarrollo de sistemas de información sobre drogas en la región. En el presente artículo se documentan algunos de los problemas principales del desarrollo de sistemas de información sobre drogas en la región y se destacan las cuestiones de desarrollo prioritarias para mejorar la capacidad de reunir mejor información sobre las pautas y tendencias del consumo de drogas en el África subsahariana.

Nociones clave: sistemas de seguimiento de las drogas; África; uso de drogas; epidemiología; tendencias.

* El autor expresa su agradecimiento a los colegas del Programa de Evaluación Mundial sobre el Uso Indebido de Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito por la orientación y el apoyo que le prestaron, y a los colegas del Sistema de Información sobre las Drogas del África Oriental y a la Red de Epidemiología sobre el Uso de Drogas de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, en particular a Charles Parry, Andreas Plüddeman y Johnny Strijdom.

La mayoría de los países del mundo tienen pocos datos fiables sobre la prevalencia, las pautas y las tendencias del consumo de drogas ilícitas [1]. Este déficit de información prácticamente impide el desarrollo, la puesta en práctica y la evaluación de políticas y programas diseñados para reducir los niveles del consumo de drogas o limitar las consecuencias sociales y para la salud adversas relacionadas con ese comportamiento. La escasez de buenos datos es particularmente evidente en África. Hasta la fecha, la mayor parte de la información sobre epidemiología de las drogas disponible en África se encontraba en forma de evaluaciones rápidas de la situación [2-4]. Aunque la evaluación rápida puede proporcionar buena información de contexto sobre el tipo y las modalidades del consumo de drogas, con frecuencia no es de mucha utilidad para seguir las tendencias del uso de drogas. Los sistemas de información sobre drogas son más útiles para el seguimiento constante de las pautas y las tendencias del consumo de drogas.

Los sistemas de información sobre drogas integrados reúnen de ordinario datos relacionados con las drogas, como los datos sobre admisiones a centros de tratamiento de toxicomanías o detenciones por delitos relacionados con las drogas, junto con otros datos epidemiológicos más selectivos, como los datos de estudios generales y especializados, para proporcionar una visión general de las pautas y las tendencias del consumo de drogas en una zona determinada [5]. La triangulación de la variedad de fuentes de datos utilizadas en un sistema de ese tipo reduce al mínimo los efectos de los factores de confusión, y la información proporcionada es más robusta cuando aumenta el número de fuentes de datos contribuyentes [6]. Este enfoque ha sido utilizado con éxito en varios países y regiones en desarrollo, por ejemplo el Grupo de Trabajo sobre Epidemiología Comunitaria en los Estados Unidos de América [7], el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en Europa occidental [8] y el Sistema de información sobre drogas ilícitas en Australia [5]. Recientemente se han establecido sistemas de ese tipo también en varias regiones en desarrollo, como el Caribe y América Latina.

El desarrollo de sistemas de información sobre drogas también está en marcha en algunas subregiones de África. La Comunidad del África Meridional para el Desarrollo presta apoyo a esos sistemas en el África meridional mediante su Red de Epidemiología sobre el Uso de Drogas. Además, el Programa de Evaluación Mundial del Uso Indebido de Drogas del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas realiza actividades en el África meridional, en apoyo de la Red de Epidemiología sobre el Uso Indebido de Drogas, y en el África oriental, en apoyo del desarrollo del Sistema de Información sobre Drogas del África Oriental. Estos programas tienen por objeto crear capacidad local para reunir mejor información sobre el consumo de drogas mediante redes humanas y el establecimiento de buenas prácticas de reunión de datos. Esto se realiza en parte mediante el desarrollo de sistemas de información regionales, mientras que en el plano nacional los programas ayudan a desarrollar centros nacionales de información sobre drogas y proporcionan capacitación y recursos para satisfacer sus necesidades más importantes.

El África subsahariana es, sin duda, la región menos adelantada del mundo y, aunque en la región constituye una prioridad, el desarrollo de sistemas de infor-

mación sobre drogas plantea problemas particulares. La parte del África meridional y oriental abarcada por el Programa de Evaluación Mundial comprende a países desde Eritrea en el norte, hasta los Estados insulares del Océano Índico hacia el este, hasta Sudáfrica hacia el sur y hasta Angola y la República Democrática del Congo hacia el oeste*. Se estima que viven en esas zonas más de 338 millones de personas, que representan casi el 6% de la población del mundo [9]. El producto interno bruto medio de las dos regiones es de 2.075 dólares EE.UU. per cápita por año; entre los adultos, la alfabetización asciende al 62,7%; la expectativa de supervivencia es de 47,3 años, y la mortalidad infantil es de 99 muertes por 1000 nacidos vivos (véase el cuadro). La prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en las dos regiones se estima en el 11% de la población adulta (de 14 a 49 años de edad) [10], con un intervalo que va de menos del 1% de la población adulta en los Estados insulares del Océano Índico a aproximadamente el 35% en Botswana. No obstante, como parece indicar el intervalo de cada uno de estos indicadores (véase el cuadro), hay una gran variación entre las regiones en cuanto a la situación del desarrollo de los Estados miembros. El 50% de los países de las dos regiones figuran entre los 30 países menos adelantados del mundo en el Índice del Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [9], pero las dos regiones incluyen también a varios países de ingresos medios.

Indicadores de desarrollo: África oriental y meridional y el mundo en su conjunto

<i>Indicador</i>	<i>África oriental y meridional</i>	<i>El mundo</i>
Población	338,4 millones (0,1 millones-59,6 millones)	5 862,7 millones
PIB per cápita	2 075 dólares EE.UU. (480-10 600 dólares EE.UU.)	6 980 dólares EE.UU.
Expectativa de supervivencia al nacer	47,3 años (40,3-71,6 años)	66,7 años
Mortalidad infantil	99 por 1 000 (14-172 por 1 000)	56 por 1 000
Prevalencia del VIH/SIDA	11,1% (0,1-35,8%)	1,1%
Alfabetización entre los adultos	62,7% (42,0-93,8%)	72,9%

* Los países abarcados por el Programa de Evaluación Mundial son: en el África oriental, Burundi, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, la República Unida de Tanzania, Rwanda, las Seychelles, Somalia y Uganda, y en el África meridional, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, la República Democrática del Congo, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

Problemas que plantea el establecimiento de sistemas de información sobre drogas

Muchos de los problemas que enfrentan los que intentan establecer sistemas de información sobre drogas en África no son exclusivos ni de la epidemiología de las drogas ni del África, sino que son problemas con los que se tropieza normalmente cuando se procura establecer cualquier nuevo proceso o programa en países en desarrollo. Con frecuencia falta la infraestructura básica que se da por sentada en los países desarrollados, como servicios de correos y telecomunicaciones eficientes. En consecuencia, los aspectos logísticos de cualquier proyecto ejecutado en el mundo en desarrollo son inevitablemente más complicados que en los proyectos similares que se ejecutan en países desarrollados. Además de los problemas planteados por la infraestructura deficiente, sin embargo, hay una serie de problemas que dimanar de la economía, la cultura y la política.

Aspectos económicos

Las limitaciones de los recursos caracterizan tanto el déficit de datos sobre el consumo en África como las dificultades inherentes para superar ese déficit. Aunque los efectos de las limitaciones de los recursos se sienten en todos los países, son particularmente pronunciados en el África subsahariana. La falta de recursos limita la capacidad de los gobiernos para reunir datos sobre drogas por conducto de los sectores de la salud y de los organismos encargados del orden público, mientras que las limitadas oportunidades de educación son la causa de que sea pequeño el número de personas con la experiencia necesaria para reunir y comunicar datos. De igual modo, las limitaciones de los recursos limitan la prestación de servicios y reducen el número de posibles fuentes de datos en relación con las que están disponibles para los sistemas de información sobre drogas en los países más adelantados. Por último, la propia reunión de datos se ve obstaculizada por la estructura de comunicaciones deficiente, la falta de financiación y los servicios de computadoras limitados.

Recursos humanos

Los sistemas de información sobre drogas requieren, como mínimo, un individuo o una organización que supervise la recopilación y comunicación de los datos existentes. En el África subsahariana, los limitados presupuestos impiden a los gobiernos emplear a individuos específicamente para cumplir esa función o subcontratar las actividades a organismos no gubernamentales. Se ha encargado a funcionarios públicos que cumplan esas funciones además de sus tareas normales, y esto hizo que los funcionarios debieran determinar qué prioridad tienen esas funciones y encontrar tiempo para realizarlas además de cumplir sus tareas ordinarias. En muchos casos, esto ha sido difícil. Por consiguiente, muchas de las actividades necesarias para desarrollar sistemas de información sobre drogas sostenibles han sufrido considerables demoras. Esas demoras causan problemas a los epidemiólogos que procuran

fomentar la capacidad de vigilar el uso de drogas, ya que la sostenibilidad de los sistemas de información sobre drogas depende de que los gobiernos encuentren los recursos humanos necesarios para reunir y comunicar datos sobre drogas.

Servicios de salud pública

Los sistemas de información sobre drogas requieren también datos indicadores básicos. Aunque en casi todos los países de la región se dispone de algún tipo de datos de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, muchas de las otras fuentes de datos que en los países desarrollados son fundamentales para los sistemas de información sobre drogas simplemente no existen. Esto se debe principalmente a que los servicios de salud pública con que cuentan la mayoría de los países africanos son extremadamente limitados, en relación con los de las naciones más desarrolladas. Por ejemplo, sólo muy pocos países de África tienen registros de mortalidad. Por consiguiente, las muertes relacionadas con las drogas, que son un indicador clave de las tendencias del consumo de opiáceos, simplemente no se registran. Asimismo, en la mayoría de los países del África meridional y oriental no hay servicios de tratamiento especializados en la dependencia del alcohol y las drogas. En los países que disponen de esos servicios de tratamiento, la cobertura es limitada y la capacidad pequeña. Por ejemplo, en Uganda se inauguró recientemente un centro de tratamiento de toxicomanías; tiene capacidad para menos de 20 pacientes y constituye el único servicio de tratamiento de dependencia de las drogas disponible en un país con una población de más de 20 millones de habitantes. En la mayoría de los casos, el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol o las drogas suele estar a cargo de los hospitales psiquiátricos. Sobre una base per cápita, ese tratamiento es extremadamente limitado y muchos países sólo tienen un solo hospital psiquiátrico. La carga de trabajo de esos hospitales, combinada con una falta de registros de datos computadorizados, dificulta la identificación de los casos relacionados con las drogas entre la población psiquiátrica general. Muchos de los sistemas de información sobre drogas que se están desarrollando, por consiguiente, dependen demasiado de los datos de los organismos encargados de hacer cumplir la ley. Además de la escasez de fuentes de datos indicadores básicos, la investigación sobre drogas más especializada, como los estudios en las escuelas, se realiza rara vez y con frecuencia tiene un alcance limitado, debido a una falta tanto de recursos financieros para realizar la investigación como de investigadores con las capacidades adecuadas.

Educación profesional

Las limitadas oportunidades que ofrece África para obtener una educación superior hacen que sólo una pequeña proporción de la población esté en condiciones de obtener capacitación terciaria en campos especializados como la epidemiología de las drogas. De las 26 personas que funcionan como puntos de contacto del Programa de Evaluación Mundial del Uso Indebido de Drogas, por ejemplo, sólo una recibió capacitación formal en epidemiología y sólo dos son médicos titulados.

El resto son funcionarios de los sectores de la salud pública y el orden público, como los detectives y los farmacéuticos que se interesan en cuestiones relacionadas con las drogas ilícitas. Aunque esos individuos pueden ser sumamente competentes, sin la capacitación apropiada en epidemiología de las drogas no están en condiciones de producir datos de investigación válidos o viables en ese campo. Los principales desafíos en la región, por lo tanto, son cómo resolver el problema de la falta de datos indicadores básicos y cómo capacitar al personal para que adquiera el nivel requerido para reunir datos primarios. Una de las tareas principales del desarrollo de buenas prácticas de reunión de datos es la creación de capacidad humana mediante el suministro de tratamiento y materiales de capacitación.

En un entorno en el que faltan esos conocimientos especializados, es necesario considerar la validez y la fiabilidad de los datos existentes, ya que pueden haber sido reunidos sin tener en cuenta posibles factores de confusión y sesgos. Asimismo, la falta de conocimientos sobre la necesidad de esos datos y los fines para los que se reúnen suele dar por resultado la reunión de datos de baja calidad. Por ejemplo, en ciertos países, los datos sobre detenciones policiales no distinguen entre las detenciones por posesión y las detenciones por tráfico; en los registros de los hospitales psiquiátricos, aunque se utilizan códigos del Manual de Diagnóstico y Estadísticas y de la Clasificación Internacional de Enfermedades, todos los diagnósticos relacionados con las drogas se suelen agrupar en un código general como "uso indebido de drogas" o "sicosis inducida por las drogas", sin indicar el tipo de drogas de que se trata, y los datos de los centros de tratamiento especializados se utilizan para hacer inferencias sobre las tendencias del uso de drogas pese a los tamaños muy pequeños de las muestras. Los datos relacionados con las drogas que están disponibles deben ser considerados con un cierto grado de escepticismo. El desafío, por lo tanto, consiste en encontrar la forma de mantener normas de calidad de datos suficientemente rigurosos en un contexto de datos limitados.

Establecimiento de prioridades

Otro desafío para la epidemiología de las drogas ilícitas en África es cómo asegurar que se le conceda suficiente prioridad. Como se indicó anteriormente, los recursos de África, en particular los recursos en materia de salud, son extremadamente limitados. Hay que determinar qué lugar ocupa la epidemiología de las drogas entre las prioridades de salud pública de los países afectados por altos niveles de pobreza y desempleo y una pandemia de VIH/SIDA. Podría argumentarse que la inversión relativamente modesta que se requiere para vigilar las pautas y las tendencias del consumo de drogas quedaría compensada por los ahorros que podría generar esa vigilancia, por ejemplo, centrando la atención en la intervención temprana para reorientar los servicios de salud para hacer frente a los problemas de drogas emergentes y posiblemente limitar la propagación del uso de esas drogas, o para proporcionar servicios para reducir al mínimo las consecuencias sociales y para la salud de esas drogas. No obstante, puede que resulte difícil convencer a los gobiernos o a los individuos de que inviertan en epidemiología de las drogas cuando los recursos se pueden utilizar para atender problemas de salud más inmediatos, como

el suministro de agua limpia o servicios de vacunación. Resulta claro que los sistemas deben ser de bajo costo para que se pueda justificar la inversión y asegurar la sostenibilidad.

Problemas de comunicación

Quizá los problemas más evidentes que se plantean cuando se intenta establecer comunicación con diferentes culturas sean los que tienen que ver con el idioma. Los idiomas oficiales predominantes en el África subsahariana son el francés, el inglés y el portugués. La necesidad de servicios de interpretación con frecuencia impide tanto la calidad como la eficiencia de la comunicación. Aun en los casos en que no se requiere interpretación, las diferencias intrarregionales de acento y vocabularios técnicos pueden impedir una comunicación verbal efectiva. Sumado a estas dificultades está el hecho de que el idioma nacional oficial de la mayoría de los países de la región es el segundo o tercer idioma de la mayoría de los habitantes. Por consiguiente, es fundamental que la información se comuniquen de manera clara y concisa y de que se verifique la comprensión mutua.

Las diferencias culturales distintas del idioma, aunque rara vez son inmediatamente evidentes, también influyen en la labor de desarrollo, incluso en el campo de la epidemiología. Por ejemplo, en algunas culturas no se considera apropiado decir que no o admitir dificultades, lo que resulta en el ocultamiento de los problemas como consecuencia de una retroinformación abrumadoramente positiva. Las diferencias culturales de comunicación pueden fácilmente aumentar las dificultades impuestas por los obstáculos de idioma, en el sentido de que puede no comprenderse que lo que se está diciendo no es entendido o que lo que se está preguntando de hecho no es factible. Pueden plantearse grandes problemas si no se reconocen esas sutiles diferencias culturales y no se adoptan medidas para asegurar que no influyen negativamente en la labor que se realiza. Los posibles peligros de esas barreras culturales a la comunicación destacan el valor de trabajar en estrecha colaboración con las contrapartes locales en los proyectos para desarrollar sistemas de información sobre drogas.

Aspectos políticos

El objetivo del Programa de Evaluación Mundial sobre el Uso Indebido de Drogas es fomentar la capacidad de reunir datos mediante la colaboración con contrapartes nacionales. Éstas por lo general se seleccionan con el apoyo y la aprobación de los gobiernos y el resultado es que las contrapartes delegadas suelen ser un departamento gubernamental o un funcionario público. Esto confiere carácter institucional al sistema, lo cual mejora la sostenibilidad pero también expone los proyectos a los vaivenes de la política. Los efectos de esta situación se pueden sentir a nivel de individuos, de partes y, por cierto, de naciones enteras. Por ejemplo, se pide a cada gobierno del África meridional y oriental que designe a un punto de contacto para el proyecto. Por razones políticas, el punto de contacto nacional nombrado

por un gobierno no siempre es el individuo más calificado; esto evidentemente perjudica el desarrollo de los sistemas de información sobre drogas y plantea problemas a los epidemiólogos externos, que no pueden sino trabajar con el individuo designado. En algunas ocasiones, cuando se ha nombrado a un individuo capacitado como punto de contacto del proyecto, ese individuo ha sido inesperadamente sustituido por razones políticas, perjudicando de esta forma a la continuidad del proyecto. Cuando esto sucede en la etapa de desarrollo de un proyecto, las aptitudes adquiridas por el punto de contacto se pueden perder antes de que el proyecto haya llegado a un punto en que se puedan transmitir a colegas no capacitados.

La actividad política no solo puede perturbar el desarrollo sin tropiezos de los proyectos, sino también poner en peligro su viabilidad. Por ejemplo, unos comicios generales muy disputados dejaron a un país sin un gobierno legítimo durante un periodo prolongado. El resultado fue que las actividades del Programa de Evaluación Mundial en ese país se suspendieron indefinidamente, a la espera de la resolución del estancamiento político. En varios países de la región, esa inestabilidad política es endémica: con frecuencia se producen conflictos civiles que en algunos casos continúan durante muchos años. Otros conflictos son de duración relativamente corta, pero sus efectos pueden ser devastadores tanto para la población como para la infraestructura del país (por ejemplo, el genocidio que tuvo lugar en Rwanda en 1994). Es inevitable que esos conflictos tengan efectos adversos sobre la labor de desarrollo de cualquier tipo. Se ha determinado que los conflictos provienen de la pobreza existente en la región, y que son una de sus causas [11], en un entorno en que los recursos son de por sí limitados. Por lo tanto, los conflictos no solo restringen la viabilidad de la epidemiología de las drogas, sino que también disminuyen la capacidad de una nación para realizar tareas de epidemiología de las drogas en el futuro al agotar los ya escasos recursos. No obstante, también es importante señalar que la inestabilidad y el deterioro de la infraestructura civil que traen consigo estos conflictos pueden aumentar la vulnerabilidad de los países a los problemas de las drogas.

Recomendaciones

Es evidente que en África se necesitan sistemas de información sobre drogas y que hay que superar las numerosas dificultades que obstaculizan su desarrollo. Los indicios de la posible emergencia del uso de heroína en la región, en particular en Sudáfrica [12], por ejemplo, destacan la necesidad de vigilar la situación de las drogas aun cuando todavía no se perciba que el uso indebido de drogas sea particularmente prevalente o problemático. La capacidad de estos sistemas para poner de relieve nuevas tendencias del uso de drogas prueba que son operacionalmente viables y una inversión rentable.

La colaboración con los gobiernos al nivel más alto posible puede mitigar los escollos de la política y las limitaciones de los recursos. Cuando los funcionarios gubernamentales superiores están bien informados de la necesidad de la epidemiología de las drogas y la finalidad de los sistemas de información sobre drogas, el apoyo político y la asignación de recursos para los sistemas de información sobre

drogas se obtienen con más facilidad y se otorga a la epidemiología de las drogas la prioridad que merece. Ese apoyo se obtiene con mayor facilidad cuando se puede demostrar que los sistemas de información sobre drogas que se proponen son eficientes y eficaces en función del costo. Cuando se ha establecido el sistema y se obtiene información, ésta debe ser preparada de manera clara y concisa y comunicada de forma que asegure su pertinencia para la formulación y evaluación de políticas y para las actividades de reducción de la demanda. El aprovechamiento al máximo del sistema en esta forma puede asegurar la continuación del apoyo del gobierno.

Se requieren enfoques innovadores para responder a la falta de una reunión periódica de datos indicadores en muchos países, como la utilización de redes de informantes clave. En las Comoras, por ejemplo, se está entrenando a las enfermeras de pabellones psiquiátricos en cuestiones de drogas ilícitas antes de asignarlas a los centros de atención primaria de la salud; una vez en esos centros, están en condiciones de proporcionar opiniones fundamentadas sobre la situación del uso de drogas en el país, aun en casos de ausencia total de datos sobre otros sectores de la salud. Cuando se cuenta con fuentes de datos tradicionales, pero no se las puede utilizar, el suministro de capacitación a los trabajadores sobre el terreno y las inversiones modestas en el desarrollo de esas fuentes de datos pueden facilitar las contribuciones de esas fuentes al sistema en el futuro. De esta forma, se podrán utilizar al máximo los recursos existentes.

Cuestiones prioritarias para la región

Los desafíos con que tropieza el desarrollo de sistemas de información sobre drogas en el África meridional y oriental han permitido identificar claramente las cuestiones prioritarias que hay que abordar para reforzar la epidemiología de las drogas en la región. Las tres cuestiones más importantes son la capacitación, la infraestructura y el apoyo técnico.

A nivel popular, la capacitación en entrada de datos básicos y análisis y comunicación de datos es necesaria para obtener los máximos beneficios de los datos que se están reuniendo pero que no se comunican. Esa capacitación debe comprender la gestión computadorizada de datos, que proporciona el Programa de Evaluación Mundial sobre el Uso Indebido de Drogas y, cuando haya dudas sobre la sostenibilidad de los servicios de computadoras, también métodos no computadorizados. A nivel institucional, la inclusión de la epidemiología, y en particular la epidemiología de las drogas, en los planes de estudios de los cursos sobre ciencias de la salud a nivel terciario mejoraría mucho la capacidad de los futuros profesionales de la salud para contribuir a la vigilancia permanente de las pautas y las tendencias del consumo de drogas. Asimismo, el desarrollo de cursos permanentes sobre epidemiología básica de las drogas para profesionales de la salud sobre el terreno aumentaría mucho su capacidad para identificar posibles fuentes de datos y racionalizar la reunión y comunicación de esos datos a los sistemas de información sobre drogas que se están desarrollando.

La falta de infraestructura básica para reunir y comunicar datos sobre drogas es una segunda necesidad que debe abordarse. El Programa de Evaluación Mundial del Uso Indebido de Drogas proporciona equipo de computadoras y programas informáticos a los puntos de contactos nacionales. No obstante, es importante tener presente la cuestión de la sostenibilidad. Existe un riesgo de que el equipo donado no se mantenga debido a falta de fondos o de experiencia técnica, o que las personas con las capacidades para utilizar los programas informáticos pertinentes no puedan difundir sus conocimientos de manera eficaz y se lleven consigo sus conocimientos cuando se jubilen o sean transferidos a otros puestos. No obstante, la solución del déficit de infraestructura a corto plazo es posible a un costo relativamente pequeño, mejorando mucho la capacidad de los organismos gubernamentales para reunir y analizar datos relacionados con las drogas.

Por último, es necesario contar con mayor apoyo en el plano local para prestar asistencia en la utilización de los datos existentes, superar los obstáculos de comunicación, proporcionar orientación técnica para el desarrollo de programas de capacitación locales, compilar datos indicadores y desarrollar y ejecutar actividades primarias de reunión de datos, como los estudios en las escuelas.

Conclusión

En África, los epidemiólogos, y de hecho los profesionales del campo del desarrollo humano, enfrentan varios desafíos cuando desarrollan sistemas de información sobre drogas. La propia necesidad del desarrollo impide las actividades de desarrollo. Para que los beneficios del desarrollo sean sostenidos, será necesario aumentar la capacidad nacional. Ahora bien, la extrema escasez de recursos de los gobiernos de la región limita la disponibilidad de recursos humanos, el nivel de conocimientos profesionales y la infraestructura disponibles para las actividades de desarrollo. En este contexto, por lo tanto, el desafío para el desarrollo de sistemas de información sobre drogas es determinar la mejor forma de trabajar con estas limitaciones y utilizar los recursos existentes para vigilar el uso de drogas de manera eficaz en función del costo, y la forma de crear capacidad nacional para resolver algunas de estas dificultades, mediante el suministro de capacitación o de donaciones para mejorar la infraestructura. El Programa de Evaluación Mundial y la Red de Epidemiología de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo prestan capacitación, apoyo técnico e infraestructura a los sistemas de información sobre drogas del África meridional y oriental, y los progresos logrados por estos sistemas muestran que una inversión mínima puede rendir considerables dividendos en forma de mejoramiento de la información disponible sobre el consumo de drogas en la región. Ahora bien, esos programas sólo llegan a la superficie del problema del desarrollo de sistemas de información sobre drogas en África. El desarrollo sostenible de esos sistemas sólo es posible si se obtiene la participación de la población local, la institucionalización de las actividades de reunión de datos en todos los sectores y a todos los niveles, y un reconocimiento de la utilidad de esos sistemas para ayudar a formular políticas y estrategias a fin de reducir la carga del uso de las drogas en esas sociedades.

Referencias

1. "World situation with regard to drug use, in particular the spread of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) through drug injection: report of the Secretariat" (E/CN.7/2002/2 y Corr.1, 10 de enero de 2002).
2. S. Selassie y A. Gebre, "Rapid assessment of drug abuse in Ethiopia", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XLVIII, núms. 1 y 2 (1996).
3. H. A. Mwenesi, "Rapid assessment of drug abuse in Kenya", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XLVIII, núms. 1 y 2 (1996).
4. G. P. Kilonzo y colaboradores, "Rapid situational assessment for drug demand reduction in Tanzania", Departamento de Siquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Muhimbili, Dar es Salaam, 2002, no publicado.
5. J. Hando y colaboradores, *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, Universidad de Nueva Gales del Sur, 1997).
6. P. Griffiths y colaboradores, "Drug information systems, early warning and new drug trends: can monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?", *Substance Use and Misuse*, vol. 35, Nos. 6 a 8 (2000), págs. 811 a 844.
7. Z. Sloboda y N. J. Kozel, "Frontline surveillance: Community Epidemiology Work Group for Drug Abuse", *Drug Abuse: Etiology and Interventions*, M. D. Glantz y C. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), págs. 47 a 62.
8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2001* (Lisboa, 2001).
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Human Development Report 2001: Making New Technologies Work for Human Development* (Nueva York, Oxford University Press, 2001).
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Ginebra, 2001).
11. F. Stewart, "Root causes of violent conflict in developing countries", *British Medical Journal*, vol. 324, 9 de febrero de 2002, págs. 342 a 345.
12. C. D. H. Parry y A. Plüddeman, *Southern African Development Community Epidemiology Network on Drug Use Report: July-December 2001* (Ciudad del Cabo, 2002).

México: sistemas para el diagnóstico epidemiológico del uso indebido de drogas

M. E. MEDINA-MORA

*Directora de Investigación Epidemiológica y Psicosocial,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México*

P. CRAVIOTO

*Director de Investigación, Dirección General de Epidemiología,
Secretaría de Salud Pública de México, Ciudad de México*

A. ORTIZ

*Oficial investigador, Dirección de Investigación Epidemiológica y Psicosocial,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México*

P. KURI

*Director General de Epidemiología, Dirección General de Epidemiología,
Secretaría de Salud Pública de México, Ciudad de México*

J. VILLATORO

*Oficial investigador, Dirección de Investigación Epidemiológica y Psicosocial,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México*

RESUMEN

El estudio de la demanda de sustancias sicoactivas en México tiene un largo historial; las primeras informaciones datan del siglo XVIII. Sin embargo, no fue hasta el decenio de 1970 que se iniciaron los estudios epidemiológicos. Las estrategias adoptadas para evaluar el problema del uso indebido de drogas son similares a las utilizadas en el plano internacional: incluyen estudios de los hogares, estudios de poblaciones de estudiantes y grupos en alto riesgo, la introducción de sistemas de observación epidemiológica y el análisis de estadísticas de mortalidad. También se han incluido otras metodologías adecuadas para estudiar poblaciones a las que es difícil tener acceso y analizar los factores contextuales del consumo de drogas. Estas metodologías se emplearon desde una perspectiva antropológica utilizando métodos cualitativos, entre ellos las observaciones etnográficas, las entrevistas con informantes clave, la selección de grupos y los estudios pormenorizados de casos concretos. Estos estudios han demostrado que desde el decenio de 1990 ha habido un aumento significativo en el

uso ilícito de drogas en México, principalmente la cocaína y ciertas drogas de tipo anfetamínico (la más común de las cuales es la metilendioximetanfetamina (MDMA), conocida como "éxtasis") y una disminución del uso indebido de inhalantes. Los sistemas existentes de reunión de datos también muestran un aumento en el consumo de heroína en la zona fronteriza con los Estados Unidos de América, con una gran proporción de usuarios de heroína que se inyectaban la droga y participaban en prácticas de inyección que entrañaban un alto riesgo de transmisión de virus transportados por la sangre, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis. También comenzaron a observarse casos de uso de heroína en otras partes del país. La estrategia de investigación seguida en México ha sido útil para establecer un diagnóstico epidemiológico de la situación del uso indebido de drogas; no obstante, es necesario adoptar medidas para hacer frente a los nuevos desafíos que las tendencias del uso de drogas plantean a los encargados de adoptar decisiones.

Nociones clave: epidemiología; uso de drogas; tendencias; México.

Introducción

El uso indebido de sustancias en México sigue las mismas pautas que en otros países con respecto al tipo de sustancia utilizada, las pautas del consumo y los problemas conexos. No obstante, tiene también características específicas del contexto social y cultural local en que tiene lugar el consumo. La investigación social en este campo tiene un largo historial en México; la información sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la época colonial [1] y sobre el uso de otras sustancias con fines de intoxicación data del siglo XVIII [2]. No obstante, no fue hasta el decenio de 1970 que comenzó el diseño cuidadoso de estudios epidemiológicos y académicos de diferentes instituciones realizaron estudios para determinar el alcance del problema entre los diversos grupos de población [3 a 5].

La fundación del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) en 1972 permitió ampliar la investigación epidemiológica y social. Se realizaron estudios de hogares [6], estudios de poblaciones de estudiantes [7] y estudios de grupos en alto riesgo [8]. Se estableció un registro de pacientes que asistían a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) [9], que comenzaron a funcionar a principios del decenio de 1970 ofreciendo atención especializada para toxicómanos. El CEMEF posteriormente cambió su nombre a Centro de Estudios de Salud Mental y nuevamente a Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. En las nuevas instituciones se iniciaron y ampliaron diversos campos de investigación.

En el decenio de 1980, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Psiquiatría realizaron el primer estudio nacional de los hogares en el país [10] y se estableció el primer sistema de información sobre drogas de la ciudad (Sistema de reporte de información en drogas (SRID)) [11]. El sistema reunió información de todos los casos tratados en los centros de salud y de rehabilitación. Los CIJ continuaron informando sobre la demanda de drogas y realizando estudios sobre poblaciones en alto riesgo [12 y 13]. En el decenio de 1990 se mantuvieron

las mismas estrategias, y en ciudades seleccionadas se establecieron sistemas de seguimiento epidemiológico para obtener información sobre la demanda de tratamiento en centros especializados de tratamiento de toxicomanías, algunos de ellos administrados por el gobierno, y en departamentos de emergencia, sobre acciones que van en detrimento de la salud y sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas medicinales e ilícitas por la población general o por grupos en alto riesgo [14].

Mediante estas actividades de reunión de datos, fue posible evaluar el alcance del uso, el uso indebido y la dependencia de sustancias, así como sus tendencias subyacentes, los problemas dimanantes de la introducción de nuevas drogas, como los cambios en las pautas de consumo y en las características de los grupos de población que usan drogas, las consecuencias sociales y para la salud del uso de drogas, la utilización de servicios y el contexto en que tiene lugar el uso de drogas. Varios factores aumentaron la utilidad de los datos reunidos sobre la naturaleza del problema de las drogas. Estos incluían la diversidad de los grupos de población estudiados, la periodicidad con que se realizaban los estudios, el uso de indicadores comunes sugeridos por la Organización Mundial de la Salud en 1976 y el ensayo de metodologías, definiciones e instrumentos en diversos contextos, incluido México [15]. De esta forma, fue posible hacer un diagnóstico realista del fenómeno del uso indebido de sustancias, que se utilizó como base para la preparación de programas nacionales contra las adicciones.

Para satisfacer la necesidad de una publicación temprana de los datos sobre el consumo de drogas (es decir, antes de su publicación en la literatura científica), se estableció un nuevo Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en el seno de la Dirección General de Epidemiología. El SRID estableció vínculos entre las diversas instituciones que participaban en la reunión de datos epidemiológicos. En fecha más reciente, en 2001, se estableció un observatorio de las drogas bajo el Consejo Nacional contra las Adicciones, con la participación de diversas instituciones que compilan sistemáticamente información en este campo. Entre los objetivos del observatorio de las drogas figuran la normalización de la información sobre la demanda de drogas, el establecimiento de prioridades y el fomento de la reunión y comunicación oportuna de información sobre el consumo de drogas para facilitar la adopción de decisiones.

Métodos de reunión de datos

La información se obtiene mediante estudios periódicos de la población, realizados en muestras de hogares, poblaciones de estudiantes y grupos en alto riesgo, y mediante el empleo de sistemas de seguimiento epidemiológico continuo.

Estudios de la población en general: estudios de los hogares (1974-2002)

La estrategia del primer estudio de los hogares, realizado entre 1974 y 1986, consistió en investigar el uso de sustancias en ciudades con características y riesgos diferentes; se realizaron siete estudios. El primer estudio nacional de la población urbana del país, que tuvo lugar en 1988, incluyó preguntas sobre el alcohol, el

tabaco y otras drogas [10]; el segundo se realizó en 1993 [16] y el tercero en 1998 [17]. Esos estudios, que se realizaron sobre la base de muestras probabilísticas de individuos de ambos sexos entre las edades de 12 y 65 años que vivían en zonas urbanas con más de 2.500 habitantes, abarcaron al 75% de la población del país.

El estudio de 1993 incluyó un estudio específico de ciudades de la zona fronteriza septentrional, Tijuana, Ciudad Juárez y Matamoros, y dos grandes centros conurbanos, Monterrey y Ciudad de México. El diseño del estudio permitió obtener datos a nivel de todo el país sobre adolescentes (personas de 12 a 17 años de edad) y adultos (personas de 18 a 65 años de edad), así como datos sobre las regiones septentrional, central y meridional de México. Incluyó también nueva información sobre 13 ciudades ubicadas en la frontera septentrional y sobre las tres grandes zonas metropolitanas abarcadas por el estudio anterior. Está en marcha un cuarto estudio nacional; este estudio proporcionará, por primera vez, información sobre la población rural del país.

En 2002, se realizó un nuevo estudio nacional de la población urbana y rural de 12 a 65 años de edad. En los estudios mencionados más arriba, la información se obtuvo mediante un cuestionario normalizado administrado mediante entrevistas personales. El cuestionario se había ensayado extensamente e incluía preguntas de estudios de los hogares realizados en los Estados Unidos de América y, más recientemente, preguntas propuestas por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) para facilitar la comparabilidad de los datos dentro de la región.

Estudios de poblaciones de estudiantes (1975-2000)

El Instituto y la Secretaría de Educación Pública han realizado estudios epidemiológicos intersectoriales utilizando muestras representativas de poblaciones de estudiantes de los niveles intermedio e intermedio superior. El objetivo de estos estudios fue determinar la prevalencia del uso de drogas y los subgrupos de la población de estudiantes más afectados. Hasta la fecha, ha habido tres estudios nacionales de poblaciones de estudiantes, realizados en 1976, 1986 [18] y 1991 [19]; los primeros dos centraron la atención en la población urbana, mientras que el más reciente abarcó a todo el país, incluidas las zonas rurales.

En el distrito federal, se han realizado estudios cada dos o tres años entre 1976 [18] y 2000. Los últimos dos estudios abarcaron los 16 distritos, con muestras de más de 12.000 adolescentes registrados en el sistema escolar [20 y 21]. En 1981, los CIJ realizaron un estudio en las 15 ciudades en las que prestaban servicios, investigando la situación de los jóvenes desde el sexto grado del nivel primario hasta el nivel universitario [22]. También se han realizado estudios a nivel estatal, que han mejorado la comprensión de las características locales específicas del problema.

Estudios de grupos marginales, ocultos y en alto riesgo (1978-2002)

Los grupos de población a los que fue imposible llegar mediante estudios generales o de las escuelas, o ambos, fueron objeto de estudios especiales. Los métodos de

investigación intensivos utilizados en relación con esos grupos incluían estudios de casos [23], informantes clave [24] y métodos de captura-recaptura [25 y 26].

En esta categoría, la investigación más notable se refirió a los niños que trabajaban, haciendo particular hincapié en los que trabajaban para su subsistencia en las calles [27 y 28], y a grupos específicos, como las mujeres [29]. Con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) realizó un estudio de niños trabajadores de 6 a 17 años de edad en 101 ciudades mexicanas [28]. En fecha más reciente, en 2001, Cravioto realizó un estudio del uso indebido de la heroína en la frontera septentrional de México. Este estudio analizó la magnitud del problema, utilizando métodos de captura-recaptura, y también estudios selectivos e historiales de vidas para proporcionar más información pormenorizada sobre la naturaleza de las pautas del uso de drogas e información sobre los factores contextuales asociados al uso de drogas [26].

También se han realizado estudios de las características sicosociales y sociales relacionadas con el uso de la cocaína, sobre la forma en que se distribuyen las drogas sicotrópicas utilizadas fuera de un contexto médico y sobre el uso de metanfetaminas y su creciente función en las subculturas juveniles, entre otros. En todos esos estudios, se desarrollaron o adaptaron técnicas de orientación cualitativa, según las necesidades particulares de los grupos examinados.

El sistema de comunicación de información sobre las drogas (1986-2002)

El SRID, el sistema de comunicación de información sobre drogas que inició sus operaciones en 1986, registra las tendencias más importantes del uso de drogas en Ciudad de México mediante la evaluación de los datos obtenidos en junio y noviembre de cada año. Todos los internados en instituciones participantes durante el período de observación, ya sean usuarios de los servicios por primera vez o recurrentes, deben indicar si han tomado drogas alguna vez. La información más detallada sobre el uso de drogas se obtiene en los casos en que se identifica ese uso. Por un "caso" se entiende toda persona de más de 12 años de edad inscrita en una institución participante que admite haber tomado una droga no recetada por lo menos una vez, o haber hecho uso deliberadamente de una droga recetada en una forma no acorde con su uso prescrito. En esta categoría no se incluyen los casos de intoxicación ocupacional o accidental, o ambas. El formulario de entrevista utilizado para la reunión de los datos contiene secciones relativas a los datos sociodemográficos de los usuarios, incluida la razón por la que están en la institución, y los problemas asociados con el uso de drogas. Se trazan las pautas del consumo con referencia a 12 drogas. Esto permite determinar las drogas de uso más común, la frecuencia de su uso, la vía de administración y la edad de iniciación en el uso de drogas. Se investiga también el consumo de alcohol y tabaco, pero sólo en relación con el uso de otras drogas, ya que las personas que usan sólo tabaco y alcohol no están incluidas en los sistemas de reunión de datos [30]. Hasta la fecha, se han realizado 34 evaluaciones. El SRID contiene información

sobre más de 15.000 usuarios en 44 instituciones de rehabilitación y de salud que prestan servicios a personas de todas las edades de la población en general, aunque se consideran sólo los datos de las personas de 12 años de edad y mayores, que constituyen la mayoría de los casos de los centros de integración de la juventud.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (1990-2002)

El SISVEA opera en el marco de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública y obtiene información de los centros de tratamiento gubernamentales y no gubernamentales del país, las instituciones de supervisión, las admisiones a los centros de emergencia, los servicios médicos forenses y las incautaciones de drogas. Reúne información sobre las características sociodemográficas básicas de los casos identificados, las drogas utilizadas, la principal droga de uso (la que crea los mayores problemas) y la historia personal del usuario (el orden en que tomó las drogas), entre otras variables. El SISVEA forma parte de una red internacional de sistemas que funcionan en los Estados Unidos, América Central y América del Sur y el Caribe y es miembro del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria de los Estados Unidos.

El SISVEA clasifica la información sobre pautas y tendencias por ciudades y estados, utilizando indicadores cuantitativos obtenidos de las agencias de salud pública, los centros de tratamiento médico, los organismos encargados de hacer cumplir la ley, los estudios y cualesquiera otras fuentes de información disponibles en las zonas donde se obtienen los datos. Los indicadores más importantes comprenden:

- a) Datos sobre casos de muertes relacionadas con las drogas obtenidos de los servicios médicos forenses;
- b) El uso de drogas denunciado en los centros de admisión de casos de emergencias;
- c) Las principales drogas de uso indebido comunicadas por los pacientes de centros de tratamiento;
- d) Los análisis de orina de las personas detenidas;
- e) Las incautaciones de drogas, y el precio, la pureza y las características de las drogas incautadas.

Además de esa información cuantitativa, el SISVEA incluye también información cualitativa obtenida de los registros diarios sobre el terreno, los grupos destinatarios y las entrevistas, entre otras fuentes. Actualmente está ampliando sus actividades para abarcar una ciudad en cada estado mexicano [14].

Registros de casos de personas sometidas a tratamiento (1977-2002)

En el marco del SISVEA, los CIJ comunican información obtenida de 72 centros de todo el país y de regiones que tienen centros de tratamiento. Los CIJ también tienen un sistema para vigilar el consumo de drogas en los pueblos y distritos cubiertos por ellos, que comprenden:

a) Una evaluación de la estratificación social de esos pueblos (es decir, infraestructura urbana, servicios públicos, edificios, la “zona ambiental”, incluidos los indicadores de seguridad pública y la existencia de espacios abiertos y zonas de recreación);

b) Estudios de informantes clave clasificados en tres categorías: informantes institucionales (es decir, mandos medios o personal de instituciones públicas o privadas); informantes de la comunidad, y expertos que trabajan para los CIJ. También realizan estudios de los factores sociales que influyen en los grupos de alto y bajo riesgo entre estudiantes de los grados quinto y sexto y en la enseñanza secundaria, y entre los jefes de hogares [31].

Epidemiología siquiátrica (1990-2002)

El decenio de 1990 fue testigo de la introducción de estudios sobre epidemiología siquiátrica, incluida la epidemiología de la dependencia de sustancias [32 y 33], utilizando instrumentos internacionales de diagnóstico siquiátrico validados en México [32]. Está en marcha un estudio nacional de la población urbana como parte del estudio de la salud mental 2000 de la Organización Mundial de la Salud.

Evolución del problema

Los estudios nacionales de las adicciones más recientes, realizados en 1998 [17], determinaron que el 5,27% de la población urbana de 12 a 65 años de edad había probado una droga ilícita (incluidos los inhalantes), mientras que el 1,23% lo había hecho el mes anterior al estudio y el 0,8% lo había hecho en los 30 días anteriores. La prevalencia durante toda la vida más alta se produjo entre los hombres de 18 a 34 años de edad (15,61%), seguidos por hombres y mujeres de 35 a 65 años de edad (10,65%) y, en último lugar, las personas de 12 a 17 años de edad (3,57%). Sin embargo, si se tiene en cuenta solamente el uso en el mes anterior al estudio, habían usado esas sustancias más adolescentes (1,4%) que personas de más de 35 años de edad (0,85%), habiéndose registrado las tasas más altas entre los jóvenes adultos de 18 a 34 años de edad (2,72%). El consumo es mucho menor entre las mujeres; las cifras relativas a las que habían tomado drogas alguna vez eran del 0,6%, 1,18% y 0,62%, respectivamente, en los tres grupos de edades considerados (12 a 17 años, 18 a 34 años y 35 a 65 años).

La droga con la prevalencia durante toda la vida más alta es la marihuana (4,7%), seguida de la cocaína (1,45%) y los inhalantes (0,8%). Las regiones septentrional y central del país comunicaron las tasas de prevalencia más altas (6% y 5,97%, respectivamente), mientras que la prevalencia significativamente más baja se registró en la región meridional (2,69%). Entre las ciudades incluidas en el estudio, las tasas más altas se registraron en dos ciudades cercanas a la frontera con los Estados Unidos, Tijuana (14,73%) y Ciudad Juárez (9,2%), y en las dos ciudades principales del país, Guadalajara (7,5%) y Ciudad de México (7,28%). En todos los casos, la prevalencia fue mayor en los hombres que en las mujeres; por

ejemplo, el uso de drogas entre los hombres entrevistados en Tijuana llegó al 28%, mientras que entre las mujeres no superó el 0,92%.

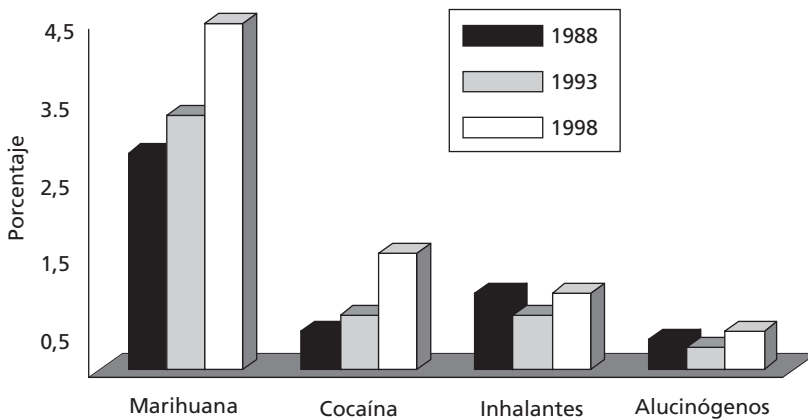
Se registraron también variaciones significativas en la tasa de uso de drogas por región. La marihuana se consume principalmente en las regiones central (5,4%) y septentrional (5,25%), la cocaína en las regiones central (5,4%) y septentrional (1,84%) y los inhalantes en las regiones central y meridional.

Tendencias

Los datos de los tres estudios de las adicciones realizados en 1988, 1993 y 1998 muestran aumentos significativos en el uso de drogas ilícitas durante toda la vida (el 3,33% en 1988, el 3,9% en 1993 y el 5,27% en 1998 comunicaron haber usado esas sustancias), con aumentos en el consumo de marihuana (2,99%, 3,32% y 4,7%, respectivamente) y cocaína (0,33%, 0,56% y 1,45%), mientras que las cifras relativas al uso de inhalantes (0,76%, 0,5% y 0,8%) permanecieron estables (figura I) [10, 16, 17].

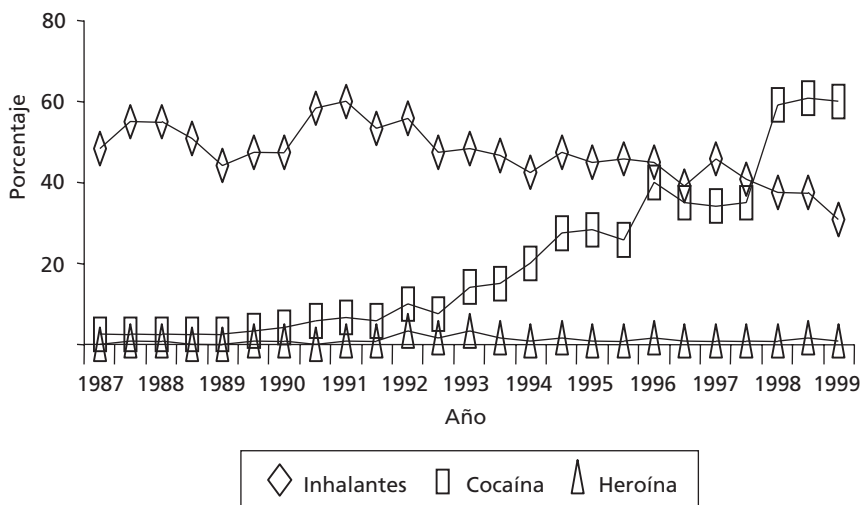
El aumento más grande en el uso indebido de sustancias correspondió a la cocaína, hecho que se refleja en todos los sistemas de información disponible. El sistema de registro de Ciudad de México muestra que el número de usuarios de drogas registrados que comunicaron el uso de cocaína aumentó del 4% de los casos en 1986 al 60% en 1999 [30] (figura II). Los resultados obtenidos por el SISVEA mostraron un aumento de la demanda de tratamiento por uso de cocaína del 7,8% en 1991 al 35,3% en 2001 [14].

Figura I. Tendencias de la prevalencia del uso de drogas durante toda la vida en México, a partir de estudios nacionales de los hogares, 1988, 1993 y 1998



Fuentes: México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1988* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990); México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1993* (Dirección General de Epidemiología, 1993); México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).

Figura II. Sistema de comunicación de información sobre las drogas (1987-1999) (Porcentaje de casos por tipo de droga)

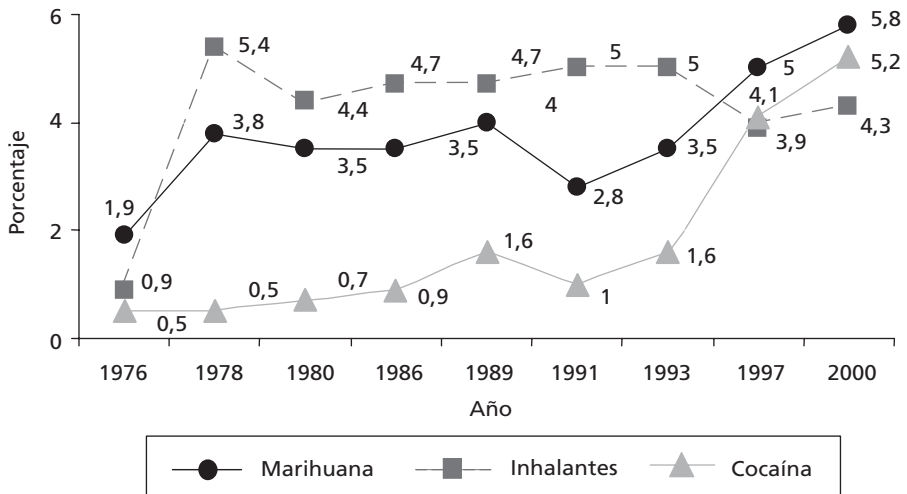


Fuente: A. Ortiz y colaboradores, "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

Los estudios realizados en poblaciones de estudiantes también indicaron un aumento en la proporción de estudiantes que habían experimentado con la cocaína; en Ciudad de México la prevalencia del uso de la cocaína durante toda la vida aumentó del 0,5% en 1976 al 5,2% en 2000. Se observó una ligera disminución en la inhalación de disolventes, con una reducción de la prevalencia durante toda la vida del 5,4% en 1978 al 4,3% en 2000 [18, 20, 21, 34] (figura III). Las tendencias relativas de la prevalencia del uso de drogas durante toda la vida entre hombres y mujeres adultos en la población de estudiantes figuran en las figuras IV y V. Más hombres que mujeres consumieron sustancias; hubo aumentos significativos en el uso de marihuana y cocaína en ambos grupos, y se produjo una reducción del uso de disolventes entre los hombres, tendencia que no se observó entre las mujeres. La reducción del consumo de inhalantes se puede observar en la demanda más baja de tratamiento en los centros administrados por el gobierno, que disminuyó del 56% en 1990 al 35% en 2000 [31]. No obstante, los inhalantes siguieron siendo la sustancia preferida entre los niños trabajadores.

Según el estudio de 1999 del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [28], las drogas de uso más frecuente entre los niños trabajadores fueron los inhalantes (prevalencia durante toda la vida: 3,5% de los varones y 0,9% de las mujeres) y la marihuana (prevalencia durante toda la vida: 3,4% de los varones y 0,9% de las mujeres). La prevalencia fue más baja para la cocaína (0,7% de los varones y 0,4% de las mujeres) y las píldoras (0,7% de los varones y 0,5% de las mujeres). Las tasas de la prevalencia varían mucho según el tipo del grupo de

Figura III. Tendencias de la prevalencia del uso de drogas durante toda la vida entre estudiantes de nivel intermedio e intermedio superior, Ciudad de México, 1976-2000

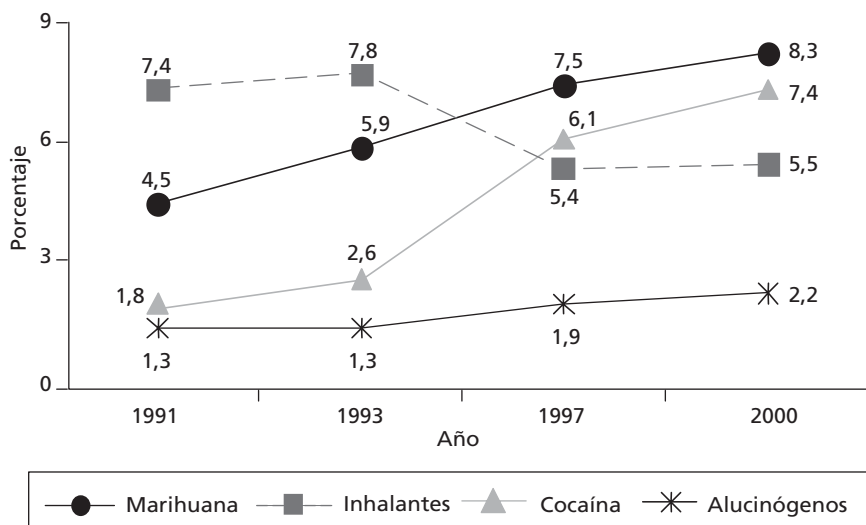


Fuentes: M. E. Castro y colaboradores, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, págs. 80 a 85; J. De la Serna y colaboradores, "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, págs. 183 a 187; M. E. Medina-Mora y colaboradores, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), págs. 2 a 8; J. Villatoro y colaboradores, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1993", *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), págs. 18 a 30; J. Villatoro y colaboradores, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2001).

población considerado, aumentando al 56% cuando los niños no viven en el hogar [28]. La edad media de los niños trabajadores incluidos en la muestra fue 13 años (intervalo: 6 a 17 años), de los cuales el 72% eran varones, el 23% trabajaban empaquando artículos en supermercados y el 44% eran vendedores callejeros. La mayoría vivía con miembros de la familia, incluidos los sustitutos del padre (90%), mientras que sólo el 2% vivía en la calle; el 65% estaba matriculado en una escuela.

El consumo de heroína en México parece concentrarse en las regiones de la frontera con los Estados Unidos, aunque se han encontrado algunos casos en otras regiones del país [35]. Suárez-Toriello [36] observó un aumento repentino en el número de nuevos casos de heroína en el decenio de 1970 entre la población de las cárceles del estado de Baja California y entre pacientes del Centro de Integración Juvenil de Tijuana, Baja California, el único Centro que tenía un programa de residencia en ese momento. Tomando el año de iniciación como indicador de base,

Figura IV. Tendencias de la prevalencia del uso de drogas durante toda la vida entre estudiantes varones de los cursos intermedio e intermedio superior, Ciudad de México, 1991-2000

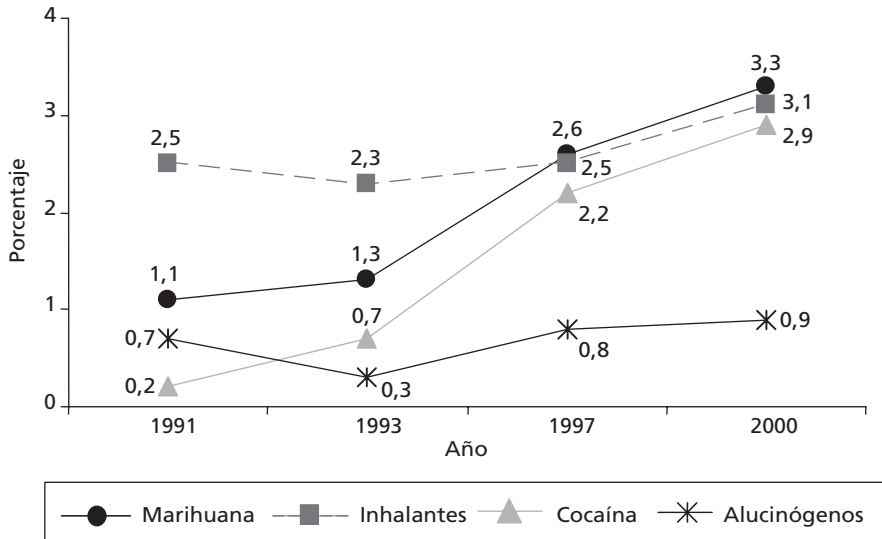


Fuentes: M. E. Castro y colaboradores, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, págs. 80 a 85; J. De la Serna y colaboradores, "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1989, págs. 183 a 187; M. E. Medina-Mora y colaboradores, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), págs. 2 a 8; J. Villatoro y colaboradores, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1993", *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), págs. 18 a 30; J. Villatoro y colaboradores, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2001).

observó que la incidencia de nuevos casos fue estable entre 1960 y 1970, pero aumentó significativamente a partir de 1972 en las cárceles y de 1973 en los centros de tratamiento, donde se observó un aumento del 700% en el número de nuevos casos registrados en 1976 en comparación con los registrados en 1970.

Entre 1976 y 1982, 2 de cada 100 personas que asistían a los CIJ de todo el país eran usuarios de heroína. De éstos, el 32% recibía tratamiento en los centros situados en las cuatro ciudades de la frontera con los Estados Unidos, Tijuana, Ciudad Juárez, Nogales y Piedras Negras [12]. En 2000, el 5% de los pacientes de los CIJ había usado heroína; esta cifra ascendía a entre el 23% y el 46% en los Centros de la frontera con los Estados Unidos [31]. El SISVEA observó un aumento en el uso de heroína como droga de impacto del 6,2% al 43,9% entre 1994 y 1998 entre pacientes que asistían a instituciones no gubernamentales en la frontera septentrional del país [14].

Figura V. Tendencias de la prevalencia del uso de drogas durante toda la vida entre mujeres estudiantes de los cursos intermedio e intermedio superior, Ciudad de México, 1991-2000



Fuentes: M. E. Castro y colaboradores, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, págs. 80 a 85; J. De la Serna y colaboradores, "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1989, págs. 183 a 187 ; M. E. Medina-Mora y colaboradores, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), págs. 2 a 8; J. Villatoro y colaboradores, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1993", *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), págs. 18 a 30; J. Villatoro y colaboradores, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2001)

Según el estudio nacional de las adicciones de 1998, 6 de cada 1000 varones adultos se habían inyectado drogas, en comparación con sólo 5 de cada 100.000 mujeres. Poco más de la mitad de los hombres (56%) se había inyectado drogas por vía intravenosa el año anterior del estudio. La droga más comúnmente asociada a esta modalidad de uso es la heroína: el 73% de los usuarios admitió haberse inyectado la droga, mientras que muy pocos usuarios de cocaína lo habían hecho (1,2%). Una de cada cinco personas que se inyectaban lo había hecho con una jeringa usada. Según los registros del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el 1,7% había resultado infectado por la inyección de drogas [37]. Dadas las tendencias actuales, esta proporción puede muy bien estar aumentando.

Estos estudios documentan el hecho de que el problema de las drogas no es idéntico en todas las regiones de México: los estudios realizados en la región fronteriza septentrional muestran que la tasa del uso de drogas es más de dos veces

más alta en Tijuana y Ciudad Juárez que en el resto del país. Los estudios de los adolescentes también muestran variaciones significativas en las tasas de consumo; por ejemplo, la inhalación de disolventes tiene lugar con más frecuencia en México central y meridional. Los sistemas de información indican que el problema de la heroína es más agudo en la frontera septentrional del país.

Nuevos problemas

No solo han aparecido nuevos grupos de usuarios, sino también nuevas sustancias objeto de uso indebido. Una de esas sustancias, Refractyl Ofteno, que se inhala a fin de lograr la intoxicación, se observó por primera vez en Ciudad de México en 1995, pero se aplicaron medidas de fiscalización y su uso indebido cesó poco después. Hay sustancias de utilidad médica, como el flunitrazepam, que también son objeto de uso indebido, como lo demuestra el número de veces que los usuarios de drogas inscritos en el sistema de registro de la capital comunicaron haberlo usado: 105 en 1994, en comparación con 16 en 1988. Desde entonces han persistido los altos niveles de uso indebido [30].

Han aparecido en el mercado las drogas de tipo anfetamínico (la más común de las cuales es la metilendioximetanfetamina (MDMA), conocida como “éxtasis”). El uso de “éxtasis” se documentó por primera vez a principios del decenio de 1990, principalmente en la frontera noroccidental del país. Los registros de pacientes de los CIJ indican una media nacional del 2,7% para el uso de “éxtasis” en 1995, mientras que en ese mismo año la droga había sido tomada por el 42% de los pacientes que asistían al Centro de Tijuana, Baja California. Esta variación geográfica continúa hasta la fecha.

Perspectivas

La estrategia de investigación seguida en México ha sido útil para proporcionar un diagnóstico epidemiológico de la situación del consumo de drogas. Particularmente importante ha sido la uniformidad de los indicadores utilizados en los diversos estudios realizados por diferentes instituciones. Esto ha permitido hacer un montaje de la información de diferentes fuentes para establecer un diagnóstico general de la situación, y la continuidad de los estudios ha permitido observar la emergencia de nuevas tendencias.

Quedan todavía algunos problemas por resolver respecto de la situación epidemiológica del consumo de drogas en México. Hay que tomar medidas para asegurar que la información sobre la situación de las drogas sirva de apoyo a los que tienen que adoptar decisiones en sus esfuerzos para hacer frente a los nuevos desafíos planteados por las tendencias de las drogas. Hasta la fecha, los calendarios de presentación de informes se han adaptado para satisfacer las necesidades académicas, en términos de plazos para la publicación de revistas científicas. Lo que se necesita ahora es un sistema en que los datos se puedan producir de manera más apropiada para la adopción de decisiones. Los estudios periódicos y los sistemas de información existentes también deben ser ampliados para tener en cuenta

con un mayor grado de oportunidad las nuevas tendencias, incluidas las nuevas drogas objeto de uso indebido, los cambios en los grupos que hacen uso indebido de drogas y los cambios en las formas en que se administran las drogas. Las estrategias pueden incluir indicadores sensibles a esos cambios que podrían complementarse con la introducción de estudios de evaluación rápida de problemas emergentes. Pese a su importancia, se han realizado hasta la fecha pocos estudios sobre remisiones iniciadas por los tribunales. En los sistemas de información se debe incluir a las personas detenidas o las internadas en instituciones de rehabilitación social. Diversos estudios podrían proporcionar información más útil para evaluar las necesidades de tratamiento y los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Por lo tanto, sería conveniente incluir indicadores que proporcionaran esas evaluaciones. Estos son los desafíos que procura resolver el recientemente establecido observatorio de las drogas.

Referencias

1. W. Taylor, *Drinking, Homicide and Rebellion in Colonial Mexican Villages* (Stanford, California, Stanford University Press, 1979).
2. C. Viesca, "Bosquejo histórico de las adicciones", *Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas*, R. Tapia-Conyer, ed. (Ciudad de México, Manual Moderno, 1994).
3. J. Carranza y colaboradores, "Dependencia a drogas entre estudiantes de secundaria del Distrito Federal", *Farmacodependencia*, vol. 4, 1972, págs. 1 a 16.
4. R. De la Fuente, "El problema de la dependencia a drogas", *Gaceta Médica de México*, vol. 103, 1972, págs. 101 a 123.
5. G. Belsasso y R. Rosenkranz, "Incidencia del consumo de alcohol en el área metropolitana de la Ciudad de México: reporte preliminar", *Revista Nacional de Neurología*, No. 5, 1971, págs. 1 a 19.
6. M. E. Medina-Mora, "Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana: encuestas de hogares, enseñanza e investigación", *Psicología*, vol. IV, No. 7 (1978), págs. 111 a 125.
7. M. E. Castro y M. Valencia, "Consumo de drogas en México: patrones de uso en la población escolar", *Salud Pública de México*, vol. 21, No. 5 (1978), págs. 585 a 590.
8. H. Leal y colaboradores, "Naturalistic study of the phenomenon of inhalant use in a group of children in Mexico City", *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp y L. T. Carroll, eds. (Rockville, Maryland, Instituto Nacional sobre la Drogadicción, 1978), págs. 95 a 108.
9. G. Natera, "Study on the incidences of use of volatile solvents in 27 centers in Mexico", *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp y L. T. Carroll, eds. (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra las Toxicomanías, 1978).
10. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1988* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).
11. A. Ortiz y colaboradores, "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).
12. J. Hernández y R. Sánchez-Huesca, Reporte interno no publicado, Centros de Integración Juvenil, 1989.

13. J. Suarez, "La penitenciaría del Estado de Baja California, México: ¿Una comunidad cerrada?", Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, 1989.
14. R. Tapia-Conyer, P. Kuri y P. Cravioto, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA): Informe 2001* (2002).
15. P. Hughes y colaboradores, *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO Offset Publication 56 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980).
16. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1993* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993).
17. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).
18. M. E. Castro y colaboradores, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, págs. 80 a 85.
19. M. E. Medina-Mora y colaboradores, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), págs. 2 a 8.
20. J. Villatoro y colaboradores, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), págs. 18 a 30.
21. J. Villatoro y colaboradores, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2001).
22. R. Sánchez-Huesca y E. Ramón, "Análisis de un estudio epidemiológico realizado en escuelas de la República Mexicana", *Centros de Integración Juvenil*, vol. I (1983).
23. M. E. Medina-Mora y colaboradores, "A methodology for intensive case-finding and monitoring of drug use in a Mexican community", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. XXXII, núm. 2 (1980), págs. 17 a 26.
24. R. Smart, G. Natera y J. Almendares, "A trial of a new method for studying drinking and drinking problems in three countries of the Americas", *Bulletin of the Pan American Health Organization*, vol. 14, No. 4 (1980), págs. 318 a 326.
25. M. E. Medina-Mora y colaboradores, "Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos", *Salud Mental*, vol. 5, No. 1 (1982), págs. 77 a 81.
26. P. Cravioto y M. E. Medina-Mora, "El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua", de próxima aparición.
27. L. Vega y R. Gutiérrez, "La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como de la calle", *Salud Mental*, vol. 21, No. 2 (1998), págs. 1 a 9.
28. M. E. Medina-Mora, J. Villatoro y C. Fleiz, "Uso indebido de sustancias", *Estudio de Niños, Niñas y Adolescentes entre 6 y 17 Años: Trabajadores en 100 Ciudades*, vol. 7, 1999, págs. 369 a 374.
29. M. Romero, "Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones", *Psicología y Salud*, No. 5, 1995, págs. 135 a 146.
30. A. Ortíz y colaboradores, "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Ciudad de México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

31. Centros de Integración Juvenil, *Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C. 1990-2000* (2000).
32. A. J. Caraveo y colaboradores, *Epidemiología de la Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México: Reporte Final de Investigación* (Ciudad de México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997).
33. N. Salgado y M. Díaz-Pérez, "La prevalencia de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y la utilización de servicios de salud mental en poblaciones rurales: el impacto de la migración México-Estados Unidos", Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte CONACYT, 1998.
34. J. De la Serna y colaboradores, "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, págs. 183 a 187.
35. R. Tapia-Conyer, P. Kuri y A. Revuelta, "Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA)", Informe Final, México, Dirección General de Epidemiología, 1998.
36. J. E. Suárez-Toriello, "Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína", *Heroína*, vol. 2, No. 1 (1989) págs. 123 a 137.
37. México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, "Situación epidemiológica del SIDA, SIDA/ETS", *Epidemiología*, 1998.

Tendencias de la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en la Federación de Rusia

E. A. KOSHKINA

Directora, Departamento de Epidemiología, Instituto de Investigaciones Científicas para el Estudio de las Toxicomanías, Ministerio de Salud, Federación de Rusia

RESUMEN

Entre 1991 y 2000, el número de toxicómanos en la Federación de Rusia se decuplicó y el número de personas que hacían uso indebido de estupefacientes aumentó en un factor de 6,4. De acuerdo con el indicador resultante, el número aumentó en un factor de 7,7, pues la población del país se redujo en 2% durante ese período. Se observa un rápido aumento de la prevalencia de toxicomanías entre las mujeres. Entre 1993 y 2000, el número de toxicómanas aumentó en un factor de 12,6. Los adolescentes son todavía el grupo social que exhibe la mayor prevalencia de uso y dependencia de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas. Durante el pasado decenio, no solo ha habido un incremento cuantitativo (1.700%) de la prevalencia del uso de estupefacientes entre adolescentes, sino que se ha observado también un cambio cualitativo: el número de adolescentes que usan drogas ha ido en aumento y también se ha incrementado el número de adolescentes con farmacodependencia habitual. El número de adolescentes que solicitan tratamiento por primera vez casi duplica la cifra correspondiente a toda la población (84,5 por 100.000 adolescentes, en comparación con 50,6 por 100.000 habitantes en toda la población).

Las investigaciones realizadas en ciudades de la Federación de Rusia indican que existe una clara tendencia ascendente, demostrada por indicadores tanto directos como indirectos, en la prevalencia del uso de estupefacientes en todas esas ciudades. La situación requiere medidas urgentes debido al aumento de la incidencia de hepatitis y de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los usuarios de drogas y a que se está elevando el porcentaje de usuarios de drogas por vía intravenosa.

Nociones clave: drogas ilícitas; toxicomanía; incidencia; prevalencia; Federación de Rusia; dinámica.

El pasado decenio se ha caracterizado por un deterioro pronunciado en la situación de las drogas en la Federación de Rusia, que pone en peligro la seguridad nacional. Para principios de 2001, el 2,1% de la población estaba bajo observación clínica en los centros de tratamiento de toxicomanías del país: más de tres millones de pacientes (o sea 2.095,4 por 100.000 habitantes) sufrían de alcoholismo, drogadicción o uso indebido de sustancias, incluido un grupo que recibía atención preventiva.

La comparación de estadísticas sobre alcohólicos y toxicómanos indica que el alcoholismo está mucho más difundido entre la población que la drogadicción. Sin embargo, a este respecto se deben tener en cuenta dos factores: primero, que hay más toxicomanía latente que alcoholismo latente, y segundo, que los riesgos sociales asociados a la toxicomanía son mayores que los asociados al alcoholismo.

Desde principios del decenio de 1990, la toxicomanía se ha convertido en un tema de más actualidad, tanto en lo que atañe a la salud de la población como en términos de la sensibilización de la sociedad respecto del problema. Según los datos sociológicos correspondientes a 2000-2001, la propagación de las toxicomanías fue el problema social más importante en muchas regiones del país. Este fenómeno obedece a muchas razones, tales como las secuelas de la guerra en el Afganistán, la porosidad de las fronteras de la Federación de Rusia y la liberalización de la economía, y muchos especialistas formulan proyecciones desalentadoras respecto de la forma en que puede evolucionar la situación.

El presente artículo tiene por objeto analizar la situación del uso de drogas en la Federación de Rusia, de acuerdo con los datos compilados por el Ministerio de Salud. El tratamiento de las toxicomanías en la Federación de Rusia corre de cuenta, dentro del sector público, de los hospitales de toxicomanías, los centros de tratamiento de toxicomanías, los hospitales especializados, los departamentos de tratamiento de toxicomanías de los hospitales psiquiátricos y también de una red de centros privados de tratamiento de toxicomanías. La información sobre los pacientes que acuden al tratamiento en centros de tratamiento de toxicomanías del Estado se consigna en las estadísticas del Ministerio de Salud. Las estadísticas se refieren a los siguientes grupos principales de pacientes: *a*) los diagnosticados con síndrome de dependencia alcohólica (alcoholismo); *b*) los diagnosticados con síndrome de dependencia de estupefacientes (toxicomanía); *c*) los diagnosticados con síndrome de dependencia de no estupefacientes (adicción a sustancias), y *d*) los que consumen alcohol y sustancias no narcóticas con efectos perjudiciales (uso indebido de alcohol, estupefacientes y sustancias no estupefacientes).

De acuerdo con las estadísticas oficiales, el número de toxicómanos en observación en los centros de tratamiento de toxicomanías aumentó casi en 900% en diez años: en 2000 ascendía a 269.093, o sea 185,8 por 100.000 habitantes; en 1991, en cambio, era de 21,2 por 100.000 habitantes (figura I). En 22 territorios, el nivel de este indicador de morbilidad era superior al promedio nacional de la Federación de Rusia. La región de Samara registró el número más elevado (515,6 por 100.000 habitantes), seguida por las regiones de Tomsk (495,0) y Kemerovo (442,6).

El número de personas en la Federación de Rusia que solicitaron tratamiento por toxicomanías por primera vez llegó a 50,6 por 100.000 habitantes en 2000, lo que significó un aumento del 1.300% en diez años (figura I). El número de toxicómanos que solicitaron tratamiento por primera vez aumentó en porcentaje del número total de pacientes en observación del 18% en 1991 al 27% en 2000.

Junto con el aumento de la drogadicción, se observa también un aumento del número de personas que hacen uso indebido de estupefacientes. El número de pacientes en observación en los centros de tratamiento de toxicomanías aumentó en un factor de 6,4 entre 1991 y 2000 (de 13,5 a 86,9 por 100.000 habitantes) (figura II).

Figura I. Número de toxicómanos registrados al fin del año y número de diagnósticos de primer uso en la Federación de Rusia: cambio durante el período 1991-2000 (Por 100.000 habitantes)

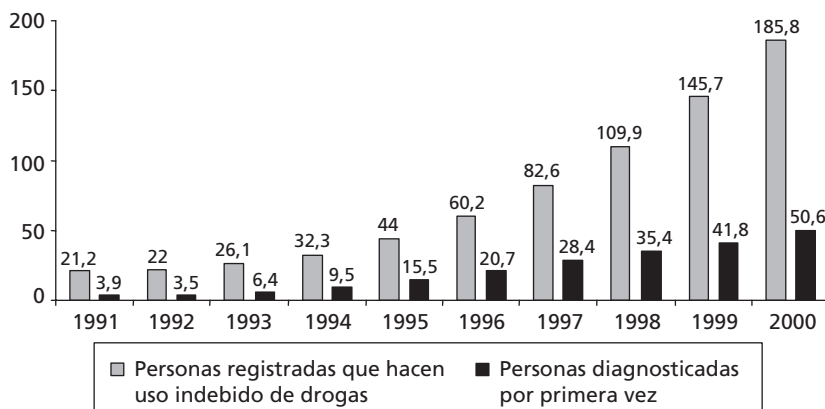
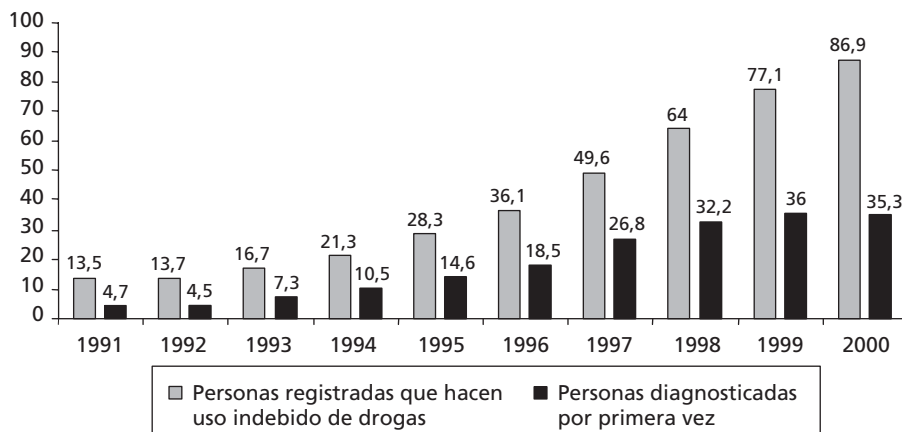
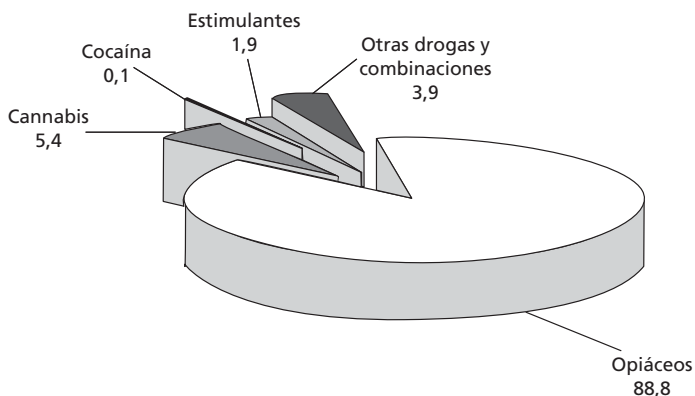


Figura II. Número de personas que hacían uso indebido de estupefacientes registradas al fin del año y número de diagnósticos de uso por primera vez en la Federación de Rusia: cambio durante el período 1991-2000 (Por 100.000 habitantes)



Del total de pacientes en observación en los centros de tratamiento de toxicomanías por uso indebido de estupefacientes, el porcentaje de los que habían acudido al tratamiento por primera vez era de 41%. En 2000, en la Federación de Rusia en su conjunto, el número de personas que hacían uso indebido de estupefacientes y que solicitaban tratamiento por primera vez en su vida era de 51.157, o sea 35,3 por 100.000 habitantes. Este indicador exhibía una tendencia ascendente en un lapso de nueve años, y entre 1991 y 1999 aumentó en un factor de 7,7 (en 1991, el número era de 4,7 por 100.000 habitantes). En 2000 el indicador se aproximaba al nivel del año anterior (figura II).

Figura III. Tipos de estupefacientes consumidos por los pacientes que recibían tratamiento en la Federación de Rusia en 2000 (Porcentaje)



Nota: La suma de los porcentajes no es exacta porque se tomaron cifras redondeadas.

Seguidamente figura un desglose de los estupefacientes consumidos en la Federación de Rusia, sobre la base de datos de las personas que solicitaron tratamiento de toxicomanías en 2000: los opiáceos representaron el 90,1% de los estupefacientes consumidos, los cannabinoides el 4,3%, otros estupefacientes y sus combinaciones el 3,6% y los sicoestimulantes el 2% (figura III).

La prevalencia del uso indebido de sustancias es un problema menos apremiante porque durante un largo tiempo no hubo un incremento sustancial en la incidencia de enfermedades causadas por el uso no médico de sustancias no estupefacientes en la Federación de Rusia. Entre 1991 y 2000, el número de pacientes en observación en los centros de tratamiento de toxicomanías aumentó en un factor de 1,9, pasando de 4,7 a 8,4 por 100.000 habitantes. En total, en 2000, en los establecimientos sanitarios del país se habían registrado 12.821 personas diagnosticadas con uso indebido de sustancias.

El consumo de estupefacientes es cada vez más prevalente entre las mujeres. Al fin de 2000, había 41.000 toxicómanas en observación en centros de tratamiento de toxicomanías en la Federación de Rusia. Esa cifra equivale a 53,9 por 100.000 mujeres (figura IV).

La prevalencia de las toxicomanías entre las mujeres acusa variaciones regionales significativas: hay una diferencia de más de 1.000% entre la tasa de prevalencia más elevada y la más baja (en las regiones de Samara, Kemerovo y Tyumen, las tasas de prevalencia son de 172,5, 135,7 y 129,6 por 100.000 mujeres, respectivamente).

El cambio en este indicador obedece fundamentalmente al cambio en el número de toxicómanas que han sido diagnosticadas por primera vez en su vida. Entre 1993 (1,2 por 100.000 mujeres) y 2000 (16,1 por 100.000), el número de mujeres registradas por primera vez con una toxicomanía diagnosticada aumentó en un factor de 13,4 (figura V).

Figura IV. Número de toxicómanos registrados al fin del año en la Federación de Rusia: cambio en el período 1991-2000
(Por 100.000 habitantes)

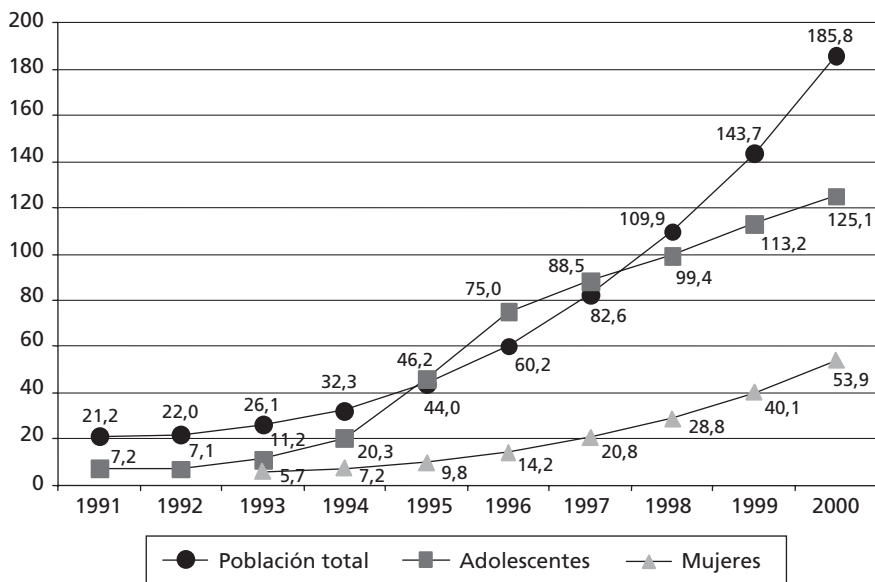
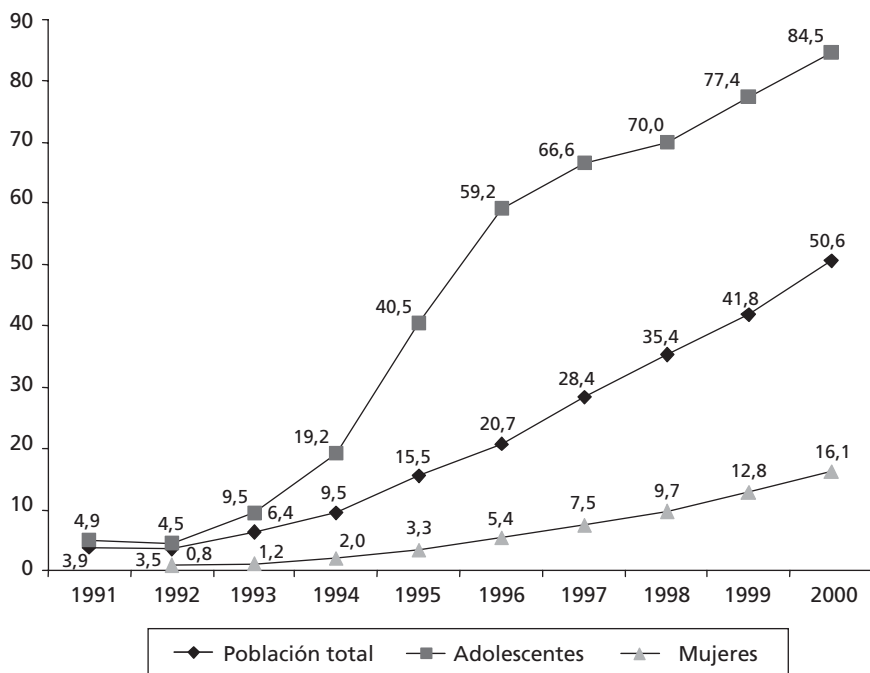


Figura V. Número de diagnósticos de toxicomanía por primera vez en la Federación de Rusia: cambio en el período 1991-2000
(Por 100.000 habitantes)



Una de las principales razones a las que obedece el deterioro de la salud de niños y adolescentes es la creciente prevalencia de comportamientos autodestructivos, en particular el uso de sustancias psicoactivas. En la subcultura juvenil contemporánea abunda la información que, de una u otra forma, publicita el uso de estupefacientes.

Se considera que el uso de drogas entre adolescentes es típicamente ocasional y no crea dependencia. Los adolescentes tratan de experimentar con una gran variedad de sustancias, desde el alcohol y los inhalantes hasta el hachís y los alucinógenos. Para muchos adolescentes, este período de "experimentación" cesa cuando maduran. Sin embargo, en algunos adolescentes el uso indebido ocasional pasa a ser sistemático y da lugar a una dependencia psicológica y física. Estas personas pasan luego a constituir la mayoría de los consumidores de estupefacientes.

En 2000, había un total de 9.062 toxicómanos adolescentes (125,1 por 100.000 adolescentes) en observación en los centros de tratamiento de toxicomanías (figura IV). El indicador correspondiente a 2000 aumentó en 1.700% en comparación con el correspondiente a 1991. En 2000 el indicador correspondiente a 18 territorios era superior al promedio nacional y en ocho territorios por lo menos lo duplicaba. El indicador más elevado se registró en la región de Irkutsk (604,6 por 100.000 adolescentes).

El número de adolescentes que solicitaron tratamiento por toxicomanías por primera vez aumentó de 4,9 por 100.000 en 1991 a 84,5 en 2000, lo que significó también un incremento de 1.700% (figura V).

Los indicadores del uso indebido de estupefacientes exhiben también una tendencia desalentadora: entre 1991 y 2000 se quintuplicó el número de adolescentes en observación por uso indebido de estupefacientes.

En 2000 se elaboró un pronóstico del número de personas en el grupo de edad de 0 a 17 años que probablemente solicitaría tratamiento por toxicomanías. A los efectos del análisis y el pronóstico se escogieron conjuntos dinámicos de datos de pacientes, calculados por 100.000 habitantes de la edad pertinente, porque los conjuntos de datos normalizados de este modo están exentos de fluctuaciones en las cifras de población y, por lo tanto, muestran una tendencia más estable. De acuerdo con las pautas que se observaron, la incidencia de adicción en el grupo de 0 a 17 años de edad podría llegar a 51,4 por 100.000 habitantes para 2003 y el número de personas que solicitarán tratamiento por toxicomanías por primera vez podría elevarse a 27,2 por 100.000 habitantes. Por lo tanto, de mantenerse las tendencias socioeconómicas observadas, el nivel de estos indicadores aumentará en 42% en comparación con los de 2000.

Desde 1994 se ha ejecutado en la Federación de Rusia un proyecto pluriurbano, juntamente con el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, con la mira de efectuar el seguimiento y la evaluación de la situación de las drogas en 11 ciudades de la Federación de Rusia. Los datos presentados abarcan una evaluación comparativa de datos tomados de los registros del sistema de salud y asuntos interiores del Estado para 1995-2000, que brindan un panorama de la situación del tratamiento de toxicomanías en ocho ciudades: Moscú, San Petersburgo, Krasnodar, Orenburgo, Yaroslav, Novosibirsk, Kemerovo y Yekaterinburgo.

De resultados de las investigaciones realizadas en las 11 ciudades, se elaboraron indicadores que demostraron la pauta del cambio en la propagación del uso de drogas entre la población:

a) El número de personas que solicitaron tratamiento por toxicomanías por primera vez aumentó en factores de 1,3 a 5,7, en comparación con un promedio nacional de 2,5 (cuadro 1);

b) Aumentó el porcentaje de mujeres entre las personas que solicitaron tratamiento por primera vez (en 2%-10%, en comparación con un aumento del 3% del promedio nacional) (cuadro 2);

c) La incidencia de hepatitis vírica no exhibe una pauta congruente. Los indicadores correspondientes a Orenburgo y Yaroslav aumentaron significativamente en factores de 9 y 6, respectivamente. En las demás ciudades aumentaron en un factor de entre 1,3 y 2, con la excepción de Yekaterinburgo y Kemerovo (desde 1996), donde los indicadores registraron un leve descenso. El indicador nacional medio aumentó en un factor de 1,2 (cuadro 3);

d) El número de personas infectadas con el VIH y que padecen de enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida va en aumento en todas las ciudades estudiadas, si bien las pautas de aumento no son uniformes: en Moscú aumentó en un factor de 198, en Yekaterinburgo en un factor de 174, en Yaroslav en un factor de 88,6, en San Petersburgo en un factor de 28,5, en Kemerovo en un factor de 10,2 y en Krasnodar en un factor de 7,8. El promedio nacional del número de personas infectadas con el VIH ha aumentado en un factor de 78,1 (cuadro 4);

e) En todas las ciudades estudiadas, la tasa de mortalidad de toxicómanos registrados aumentó en comparación con la de 1996 en un factor de entre 3 (San Petersburgo) y 14 (Orenburgo), con la excepción de Krasnodar, donde se observó un leve descenso (cuadro 5);

f) En muchas de las ciudades estudiadas y en el país en su conjunto se advierte un aumento del número de detenciones relacionadas con drogas, incluidas las detenciones por tráfico de drogas (cuadro 6).

Cuadro 1. Número de toxicómanos, personas que hacen uso indebido de sustancias y personas que hacen uso indebido de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas y solicitan tratamiento por primera vez (por 100.000 habitantes)

Ciudad	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscú	34,0	54,0	82,3	122,9	135,2	115,9
San Petersburgo	12,3	12,2	30,5	55,6	64,3	62,1
Krasnodar	212,9	213,1	250,0	260,0	266,8	274,8
Orenburgo	77,6	81,2	120,3	206,6	404,2	438,8
Yaroslav	6,9	7,8	12,2	25,8	32,7	34,1
Novosibirsk	64,2	171,3	179,1	73,1	102,1	105,4
Kemerovo	46,9	44,5	77,8	190,8	130,0	181,1
Yekaterinburgo	36,8	51,2	38,5	64,5	132,9	129,8
Federación de Rusia	36,6	47,4	67,3	79,0	83,4	90,5

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres entre toxicómanos, personas que hacen uso indebido de sustancias y personas que hacen uso indebido de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas y solicitan tratamiento por primera vez
(Porcentaje)

<i>Ciudad</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
Moscú	13,1	13	17,9	18,5	19,8	19,7
San Petersburgo	19,6	20,6	22,2	23,6	22,2	26,7
Krasnodar	11,01	11,3	12,5	12,3	12,5	16,0
Orenburgo	2,7	7,2	8,2	6,7	8,3	9,9
Yaroslav	11,6	18,3	15,6	17,5	13,1	13,5
Novosibirsk	10,4	12,1	12,9	15,01	16,6	19,5
Kemerovo	14,2	24,5	7,7	..	23,8	19,9
Yekaterinburgo	13,1	14,3	17,9	13,0	18,1	18,4
Federación de Rusia	11,9	14,2	13,4	15,9	14,3	15,2

Nota: Los dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

Cuadro 3. Incidencia de hepatitis vírica
(Por 100.000 habitantes)

<i>Ciudad</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
Moscú	31,6	40,05	61,2	65,03	61,1	40,27
San Petersburgo	40,0	33,4	23,6	29,8	86,9	78,1
Krasnodar	73,5	71,4	55,2	67,0	111,3	103,3
Orenburgo	54,6	44,2	54,2	78,4	199,6	487,8
Yaroslav	12,2	12,7	23,2	38,0	50,76	67,31
Novosibirsk	65,1	116,6	137,3	115,5	91,2	111,3
Kemerovo	..	103,5	85,2	33,6	87,0	55,2
Yekaterinburgo	95,6	97,5	99,1	99,3	189,8	76,2
Federación de Rusia	35,6	35,9	36,8	35,6	43,35	42,5

Nota: Los dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

**Cuadro 4. Incidencia del SIDA y la infección con el VIH
(Por 100.000 habitantes)**

<i>Ciudad</i>	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscú	0,64	0,76	1,00	5,4	76,5	126,9
San Petersburgo	4,7	5,6	7,4	9,0	17,5	134,0
Krasnodar	0	1,6	2,1	6,8	8,2	12,4
Orenburgo	..	..	0,38	0,38	6,1	..
Yaroslav	1,3	0,8	1,77	3,4	20,8	115,2
Novosibirsk	0,21	0,87	1,07	2,36	2,7	..
Kemerovo	..	0,9	0,6	5,6	4,3	9,2
Yekaterinburgo	0,9	1,0	1,6	1,8	3,6	156,3
Federación de Rusia	0,77	0,97	0,68	7,2	12,6	60,17

Nota: Los dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

**Cuadro 5. Tasa de mortalidad de toxicómanos, personas que hacen uso indebido de sustancias y personas que hacen uso indebido de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas
(Por 100.000 habitantes)**

<i>Ciudad</i>	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscú	..	1,21	1,9	3,3	3,77	4,1
San Petersburgo	1,5	1,9	2,1	1,8	2,9	5,9
Krasnodar	6	8,2	6,5	4,6	3,1	6,4
Orenburgo	0,57	1,7	5,11	8,5	13,4	23,8
Yaroslav	2 personas	0,48	0,81	2,75	..	..
Novosibirsk	0,28	3,65	3,93	5,5	9,8	19,1
Kemerovo	2,4	6,6	10,6	15,4	15,3	50,9
Yekaterinburgo	6,3	5,2	5,2	10,7	21,2	30,6
Federación de Rusia	..	1,31	1,5	1,9	2,6	4,8

Nota: Los dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

**Cuadro 6. Detenciones por tráfico de drogas ilícitas
(Por 100.000 habitantes)**

Ciudad	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscú	27,9	43,0	67,9	95,7	146,2	168,0
San Petersburgo	74,3	86,3	96,2	..	170,4	..
Krasnodar	255,4	124,8	813,5	231,3	..	243,2
Orenburgo	28,9	55,9	..	..	183,4	186,4
Yaroslav	28,7	29,6	35,5	..	91,3	95,6
Novosibirsk	..	..	187,7	..	..	295,5
Kemerovo	40,1	55,6	228,5	872,0	202,8	210,4
Yekaterinburgo	132,6	170,8	459,8	522,5	802,9	..
Federación de Rusia	50,6	54,3	77,6	92,0	88,5	92,6

Nota: Los dos puntos (..) indican que no se dispone de datos.

Las investigaciones realizadas indicaron que en la Federación de Rusia en su conjunto y en todas las ciudades estudiadas se echa de ver una clara tendencia ascendente en la prevalencia del uso de estupefacientes, que queda demostrada por todos los indicadores analizados. La situación es tan alarmante que requiere medidas urgentes debido al aumento de la incidencia de hepatitis y de infección con el VIH entre quienes usan drogas y a que se está elevando el porcentaje de usuarios de drogas por vía intravenosa y de mujeres y jóvenes afectados.

Bibliografía

1. E. A. Koshkina, G. A. Korchagina y A. Z. Shamota, *Incidence of Alcoholism and Drug Addiction and Related Morbidity in the Russian Federation: Handbook for Psychiatrists and Drug Treatment Physicians* (Moscú, 2000).
2. E. A. Koshkina, "Prevalence of drug-related illnesses in the Russian Federation in 2000, according to official statistical data", en *Drug Addiction Issues*, No. 3, 2001, pág. 61.

Cuestiones relacionadas con la detección de una disminución en la oferta de drogas: la escasez de heroína en Australia en 2001

L. DEGENHARDT, L. TOPP y C. DAY*

Centro Nacional de Investigaciones de las Drogas y el Alcoholismo,
Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia)

RESUMEN

En el presente artículo, los autores examinan los problemas que se plantean para caracterizar y documentar los cambios en la disponibilidad o la oferta de drogas. Se hace una distinción entre oferta y demanda (o consumo), pues la evaluación de cada una requiere conjuntos de datos diferentes. Se ilustra esa distinción por referencia a la reciente experiencia de escasez de heroína en Australia. A fines de diciembre de 2000 o principios de enero de 2001, los mercados de heroína en Australia experimentaron una merma inesperada y significativa en la disponibilidad del producto. Esa escasez persistió en 2001 en todas las jurisdicciones de Australia en las que durante algunos años se había dispuesto ampliamente de heroína de relativa pureza a bajo costo.

Nociones clave: heroína; oferta de drogas; sistemas de vigilancia de drogas; sistemas de alerta temprana.

Introducción

En el presente artículo, se examinan los problemas que se plantean para caracterizar y documentar los cambios en la disponibilidad o la oferta de drogas. Se hace una distinción entre oferta y demanda (o consumo), pues la evaluación de cada una requiere conjuntos de datos diferentes. Se ilustra esa distinción por referencia a la reciente experiencia de escasez de heroína en Australia.

A fines de diciembre de 2000 o principios de enero de 2001, los mercados de heroína en Australia experimentaron una merma inesperada y significativa en la disponibilidad del producto. La reducción persistió en 2001 en todas las jurisdicciones

* La investigación con destino al presente artículo se financió con recursos del Centro Nacional de Investigaciones de las Drogas y el Alcoholismo y un subsidio de estudios de posgrado de la Commonwealth de Australia otorgado al tercero de sus autores. Los autores manifiestan su agradecimiento a los siguientes colegas por la asistencia que les suministraron para comprender el fenómeno de la escasez de heroína: Shane Darke, Paul Dietze, Kate Dolan, Craig Fry, Wayne Hall, Peter Reuter y Paul Williams. También desean manifestar su reconocimiento al Fondo Nacional de Investigaciones de la Represión de Drogas, que financió un programa detallado de investigación de las causas, efectos y repercusiones del fenómeno.

de Australia en las que durante algunos años se había dispuesto ampliamente de heroína de relativa pureza a bajo costo [1].

En el presente artículo no se analizan las posibles causas de la menor disponibilidad de heroína, ni tampoco las consecuencias de la escasez o las consecuencias del fenómeno para las políticas. Esas cuestiones son actualmente objeto de un programa detallado de 18 meses de duración coordinado en tres jurisdicciones de Australia por el Centro Nacional de Investigaciones de las Drogas y el Alcoholismo de la Universidad de Nueva Gales del Sur. Se examina, sin embargo, la forma en que ordinariamente se recoge información para efectuar el seguimiento de la disponibilidad de drogas en zonas geográficas determinadas. El artículo se divide en dos secciones: en la primera se esbozan los indicadores apropiados para efectuar el seguimiento de la disponibilidad de drogas y se examinan las ventajas relativas y las limitaciones de cada uno; en la segunda se presenta un estudio monográfico que ilustra la forma en que se emplearon esas fuentes de datos para detectar la escasez de heroína en Australia en 2001.

Indicadores apropiados de la disponibilidad de drogas

Existen diversos indicadores válidos de los cambios en la disponibilidad de drogas ilícitas. Esos indicadores reflejan cambios en la oferta, más que cambios vinculados con alteraciones en las pautas de uso de las drogas, los efectos del uso de drogas sobre la salud, la disponibilidad de tratamiento y los recursos asignados a combatir la delincuencia relacionada con las drogas. Entre esos indicadores se cuentan los siguientes:

- a) Información comunicada voluntariamente sobre disponibilidad, pureza y precios entre usuarios habituales de drogas;
- b) Datos de los organismos de represión sobre la disponibilidad, pureza y precio de las drogas incautadas;
- c) Datos de informantes clave sobre la disponibilidad, pureza y precio de las drogas.

Cuando se reúnen diversos datos sobre la misma cuestión, se puede proceder a examinar la validez convergente (o grado de coherencia) de los datos y ello permite informar con más fiabilidad de las tendencias aparentes. Si bien todas las fuentes de datos están sujetas a sesgos y deficiencias, la triangulación bien puede ayudar a superar esos sesgos [2]. La presencia de sistemas integrados de información que combinan una función de procesamiento de información crítica con la reunión permanente de datos de fuentes diversas permitirá formular y aplicar modalidades de intervención en forma eficiente y oportuna [2].

Información comunicada voluntariamente por usuarios habituales de drogas

Bien se puede decir que los datos recogidos de las comunicaciones de usuarios habituales sobre el precio, la pureza y la disponibilidad de drogas son los indicadores

más importantes de los cambios en la oferta de drogas. Dicho más sencillamente, hay que reconocer que son los participantes mismos en los mercados de drogas ilícitas los que están en mejores condiciones de proporcionar información sobre esos mercados. Es importante observar que los precios de las drogas comunicados por sus usuarios representan compras efectivas de esas drogas. No se trata, por lo tanto, de estimaciones secundarias o de datos dimanados de operaciones de “compra-detención”, sino de datos primarios sobre compras obtenidos de participantes activos en el mercado de drogas ilícitas. Los usuarios de drogas ilícitas son una fuente crucial para detectar cambios en el costo o la disponibilidad de las drogas que consumen. Aunque esa información se puede obtener indirectamente de informantes clave (esto es, los expertos que están en contacto con usuarios de drogas), es evidente que la información comunicada directamente por los usuarios está más actualizada y es más sensitiva y precisa que la que se puede obtener de fuentes secundarias.

Entre las limitaciones de que adolecen esos datos cabe mencionar el hecho de que los informes sobre disponibilidad dependen de la naturaleza y el grado de participación de los usuarios en el ambiente de la droga. También es cuestionable que los usuarios puedan estar al corriente de los cambios en la pureza de la droga ilícita que consumen. Por último, dada la ilicitud del mercado de la droga, cabe presumir que muchos de los usuarios de drogas ilícitas, o todos ellos, experimentarán periódicamente fluctuaciones en la disponibilidad, sin que esas fluctuaciones reflejen necesariamente cambios importantes en la disponibilidad general de la droga ilícita. Esas limitaciones se pueden superar mediante un seguimiento de los datos objetivos sobre pureza y oferta obtenidos de los datos indicadores.

Datos indicadores sobre drogas ilícitas

Los datos indicadores sobre incautaciones de drogas son otro índice de la disponibilidad de drogas ilícitas. Las estimaciones de pureza derivadas de los datos de incautaciones son indicadores fiables y válidos de la calidad de las drogas incautadas por los organismos de represión y, si se usan métodos razonablemente uniformes para el análisis de las drogas, producen mediciones de calidad coherentes en el tiempo. Esos datos, pues, pueden ser una cuantificación fiable y precisa de una tendencia de las drogas (en particular, pueden ser estimaciones más fiables de la pureza de las drogas que las estimaciones de los usuarios).

Sin embargo, esos datos también adolecen de algunos problemas [3]. Los datos sobre la cantidad de drogas incautadas pueden verse afectados por la ejecución de operaciones de represión específicas, sin reflejar necesariamente los cambios en la cantidad de drogas ilícitas importadas al país u objeto de tráfico dentro del territorio. Además, no todas las drogas ilícitas incautadas por los organismos de represión de Australia se someten a análisis forense. En algunos casos, como las drogas incautadas se analizan únicamente cuando se ha entablado una acción judicial [4], las cifras sobre pureza corresponden a una muestra no representativa de las drogas ilícitas disponibles. Además, existe una diferencia entre las incautaciones callejeras y las incautaciones de gran escala, y cada una de éstas representa

niveles diferentes en la jerarquía de la distribución. Por último, puede ocurrir que algunas jurisdicciones no comuniquen sus datos, circunstancia que dificultará la formulación de estimaciones globales de la pureza de las drogas ilícitas en una región o país. En suma, aunque las estadísticas de las incautaciones son mediciones objetivas y sensitivas de la pureza de las drogas, los obstáculos procesales y políticos pueden incidir negativamente en la calidad de los datos disponibles a los efectos del seguimiento.

Comunicaciones de informantes clave

Los informantes clave pueden constituir otra fuente importante de información [1, 5, 6]. Pueden ser escogidos en razón de que mantienen contactos periódicos y/o permanentes con usuarios de diferentes tipos de drogas o porque tienen un buen conocimiento de los grupos de usuarios de drogas, incluida la información sobre los cambios en los precios, la pureza y la disponibilidad de esas drogas. Pueden incluir a representantes de los sectores de la salud o la asistencia social o de los organismos de represión. Los informantes clave de los sectores de la salud o la asistencia social pueden provenir de los organismos de tratamiento de toxicomanías y desintoxicación, los programas de reposición de agujas y jeringas, los servicios de urgencia y otras organizaciones de salud y asistencia social (tales como los servicios de acogida en casos de crisis y los servicios de extensión para jóvenes) que están situados dentro de mercados importantes para las drogas ilícitas. Esas fuentes suelen tener buena información sobre la disponibilidad de drogas en la calle. Los informantes clave de los organismos de represión pueden provenir de las regiones en las que estén situados los principales mercados de drogas ilícitas o ser escogidos en razón de las funciones que desempeñan en relación con las actividades y los delitos relacionados con las drogas ilícitas. Según el organismo de que se trate, los representantes de los organismos de represión pueden suministrar información sobre la disponibilidad de drogas tanto en la calle como en niveles de distribución superiores. Las comunicaciones de los informantes clave son buenos indicadores de los cambios en los mercados de drogas ilícitas: estos informantes poseen un conocimiento considerable del mercado de drogas ilícitas y tienen contactos dentro de éste, pero no están involucrados ellos mismos en el uso de drogas. Los datos dimanados de las entrevistas con informantes clave, por lo tanto, son las mediciones más sensitivas de las tendencias emergentes en el mercado de las drogas y de la disponibilidad de drogas [7].

Sin embargo, una de las limitaciones de esta información es que los datos suministrados por informantes clave son menos fiables y más subjetivos que los datos comunicados por los usuarios de drogas ilícitas y los derivados de datos indicadores. Esas comunicaciones dependen enteramente del grupo específico con el cual los informantes han tenido un contacto más reciente. Además, no pueden suministrar datos específicos sobre las compras, precios y pautas de consumo de las drogas en la misma medida que los usuarios de drogas ilícitas, pues éstos informan de sus propios comportamientos.

Limitaciones en el uso de otras fuentes de datos

En todo examen de los cambios en la disponibilidad de drogas, es importante evitar el uso de datos que pueden estar sesgados por otros factores, en particular los datos que reflejan primordialmente la demanda o el consumo de drogas ilícitas, tales como las pautas de consumo de drogas, los efectos del consumo de drogas sobre la salud, el tratamiento para el uso problemático de drogas y los datos de los organismos de represión sobre los delitos relacionados con las drogas.

Datos sobre las pautas del consumo de drogas

Es razonable suponer que si se reduce la disponibilidad de una droga ilícita, los usuarios de la sustancia la consumirán con menos frecuencia, modificarán la vía de administración o alterarán sus pautas de uso de otras drogas, o ambas cosas a la vez. Sin embargo, no se puede decir necesariamente lo mismo en la situación inversa: el solo hecho de que los usuarios de drogas consuman una droga ilícita con menos frecuencia no quiere decir que su comportamiento responda a una merma de su disponibilidad. Bien puede ocurrir que los usuarios hayan modificado sus pautas de consumo debido a cambios en sus preferencias o en la disponibilidad de otras drogas.

Datos sobre los efectos nocivos del uso de drogas sobre la salud

Es razonable suponer que, si se reduce la disponibilidad de una droga ilícita, disminuirá el número de casos en que las personas experimenten consecuencias nocivas para su salud de resultas del uso de esa droga. Además, los cambios en las tasas de efectos nocivos causados por el uso de otras drogas pueden reflejar, al menos en parte, los cambios en las pautas de uso y en los comportamientos de riesgo de los usuarios de drogas. Por ejemplo, el aumento de las tasas de sobredosis de drogas podría deberse a una alteración de las pautas de uso de drogas múltiples o a que los usuarios de drogas soliciten atención médica con menos frecuencia a causa de cambios en los procedimientos policiales relacionados con la atención médica en el lugar en que ha ocurrido la sobredosis.

Datos sobre el tratamiento del consumo de drogas problemático

Los datos de tratamiento comprenden las nuevas admisiones para tratamiento, en particular los programas que abordan problemas de toxicomanías específicos, como los de mantenimiento con metadona para la dependencia de la heroína o de otros opiáceos. Aunque pueden reflejar cambios en la disponibilidad de ciertas drogas, esos datos pueden también estar influidos por otros factores tales como los cambios en la financiación y la disponibilidad de centros de tratamiento y las reformas en los procedimientos estadísticos de los organismos de tratamiento. Por otra parte, si bien pueden sentirse inducidos a solicitar tratamiento por dificultades para obtener su droga preferida (circunstancia que aumentará el número de

admisiones), los usuarios de drogas ilícitas también pueden reducir su consumo, teniendo, por lo tanto, menos problemas a causa del uso de drogas, de resultas de lo cual pueden abstenerse de acudir al tratamiento.

Datos sobre la delincuencia relacionada con las drogas

Es razonable suponer que los cambios en el número de detenciones por posesión de una droga ilícita como la heroína reflejen cambios en la disponibilidad de la droga. Análogamente, es razonable suponer que una merma en la disponibilidad de drogas podría traducirse en una disminución de los delitos relacionados con las drogas, tales como los delitos contra los bienes y las personas vinculados con el consumo de drogas. Sin embargo, la principal dificultad que plantean esos datos es el sesgo que les pueden imprimir las operaciones de represión centradas en ciertos delitos y los cambios en la financiación de los organismos de represión. También es posible que la actividad delictiva se modifique de resultas de una merma en la oferta de drogas ilícitas. Por ejemplo, si los usuarios de una droga ilícita dejan de usarla debido a una merma en la oferta, de ello se seguiría que podría observarse una disminución en la comisión de delitos vinculados con el consumo de esa droga, como el tráfico de drogas o los robos con fractura y escalamiento para financiar el consumo de drogas. Sin embargo, los usuarios de una droga ilícita podrían igualmente intensificar su actividad delictiva como reacción ante un alza en los precios de la droga debida a una reducción de la oferta si continúan usándola y necesitan más dinero para financiar su hábito.

El caso de la escasez de heroína en Australia en 2001

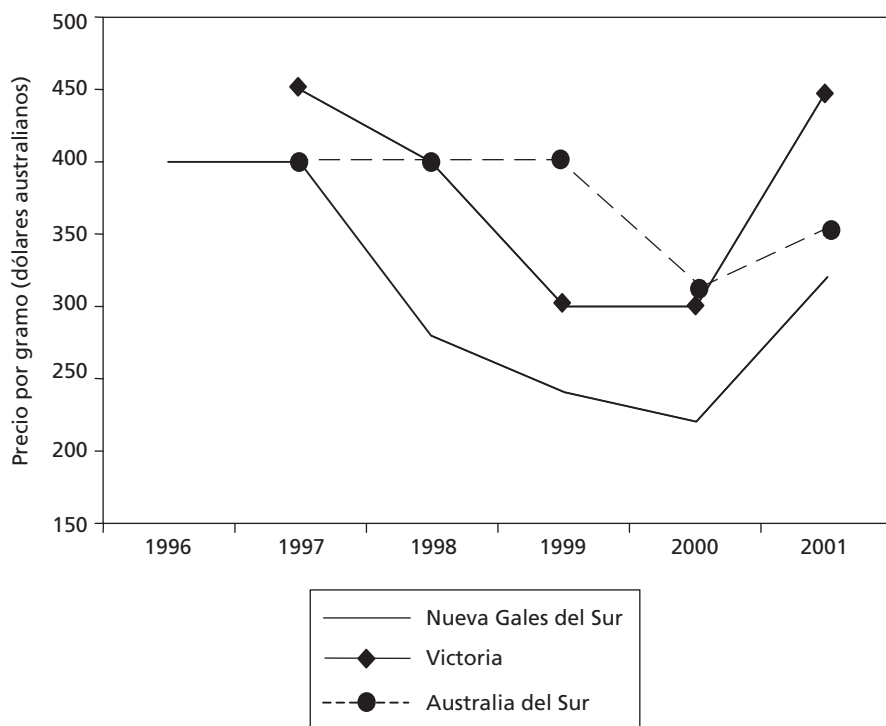
En 2001 se demostró en Australia la importancia de los sistemas de vigilancia ordinaria, cuando merced a uno de esos sistemas se pudo detectar una merma en la disponibilidad de heroína. Desde 1996, se ha utilizado en Australia un sistema estratégico de alerta temprana denominado Sistema de Vigilancia de Drogas Ilícitas (SVDI). A fin de elaborar un cuadro nacional de las tendencias emergentes en el consumo de drogas ilícitas y los perjuicios que causan, se realizan encuestas anuales en las ocho jurisdicciones [6]. Conforme a este sistema, se triangulan los datos de diversas fuentes para neutralizar los sesgos y deficiencias inherentes a cada fuente [8 y 9]. Los datos se derivan: a) de una encuesta cuantitativa de un grupo centinela de usuarios de drogas ilícitas, b) de una encuesta cualitativa de informantes clave que tienen contactos importantes con usuarios y mercados de drogas ilícitas y están familiarizados con ellos, y c) una colección de datos indicadores sobre la oferta de drogas ilícitas, el consumo de drogas ilícitas y los daños que causan. Entre otras cosas, el SVDI reúne datos de cada una de estas fuentes sobre los precios, la pureza y la disponibilidad de las cinco principales drogas ilícitas de Australia, incluida la heroína. A continuación se examinan las conclusiones del estudio sobre la disponibilidad de heroína antes de 2001 y en ese año.

El primer conjunto de datos que se examina se deriva de las encuestas de usuarios de drogas ilícitas. Anualmente, el SVDI realiza una encuesta de los usuarios

de drogas que se han inyectado drogas por lo menos mensualmente en los seis meses precedentes en relación con sus pautas de uso de drogas y con los precios, la pureza y la disponibilidad de una serie de drogas ilícitas que usan. En el figura I se presentan las estimaciones de los usuarios de drogas por inyección respecto del precio de un gramo de heroína en tres jurisdicciones de Australia (Nueva Gales del Sur, Australia del Sur y Victoria) en el sexenio de funcionamiento del SVDI. El año 2001 fue el primero en que el SVDI detectó aumentos en el costo de la heroína, después de un período de estabilidad o incluso baja de los precios de la heroína en todos los años a partir de 1996.

Entre 2000 y 2001 se observaron marcadas reducciones en el porcentaje de usuarios de drogas inyectables que respondían que la heroína era “muy fácil” de obtener en Nueva Gales del Sur (del 85% al 46%), el Territorio de la Capital de Australia (del 78% al 23%) y Victoria (del 86% al 36%) [1]. Hubo aumentos correlativos en el porcentaje de usuarios de drogas por inyección que respondían que la heroína era “difícil” o “muy difícil” de conseguir en las mismas jurisdicciones:

Figura I. Estimaciones de los usuarios de drogas por inyección respecto del precio de un gramo de heroína en Australia, por jurisdicción, 1996-2001



Fuente: L. Topp y colaboradores, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Centro Nacional de Investigaciones de las Drogas y el Alcoholismo, Monografía No. 48 (Sydney, 2002).

Nueva Gales del Sur (del 1% al 16%), el Territorio de la Capital de Australia (del 1% al 22%) y Victoria (del 2% al 19%). Análogamente, en comparación con 2000, en 2001 un porcentaje mucho mayor de la muestra total informó de que la heroína había sido más difícil de obtener en los seis meses precedentes (7% en comparación con 30%) o que la disponibilidad había registrado fluctuaciones (4% en comparación con 12%). Esas pautas de respuesta se observaron en los tres principales mercados de la heroína: Nueva Gales del Sur, el Territorio de la Capital de Australia y Victoria [1].

Hay que tener presente, sin embargo, que la mayoría de los usuarios de drogas por inyección en esas jurisdicciones todavía consideraban que la heroína era “muy fácil” o “fácil” de obtener en 2001, lo que indicaba que los cambios en la disponibilidad de heroína no hacían imposible que la obtuvieran. Por otro lado, los cambios en la disponibilidad se comparaban con el período anterior, en el que la heroína se había podido obtener sin dificultad.

Habida cuenta de que la escasez era relativa y no absoluta, un indicador de la disponibilidad más sensible que las estimaciones del porcentaje de usuarios de drogas por inyección que usaban heroína, o la frecuencia de su uso, puede ser el “tiempo de búsqueda”, o sea el tiempo que necesita un usuario de drogas ilícitas para obtener las drogas. Las investigaciones realizadas en Sydney durante el período de la escasez en 2001 revelaron que los usuarios de heroína habían informado de aumentos en el tiempo que habían necesitado para obtener la droga [10]. El tiempo de búsqueda aumentó de manera significativa, de un lapso mediano de 10 minutos (amplitud de 2 a 60) a 90 minutos (amplitud de 5 a 1.440) ($p < 0,001$). El tiempo de búsqueda más prolongado al parecer produjo una preferencia por compras oportunistas, con un aumento del 42% al 54% en los usuarios de drogas por inyección que informaban de compras en la calle [10].

La segunda fuente de datos que se examinó fue la de la pureza media de la heroína incautada por los organismos de represión australianos. El figura II muestra la pureza media de la heroína incautada y analizada por los organismos de represión en Australia entre el ejercicio económico de 1996/1997 y el ejercicio económico de 2000/2001. La pureza media de toda la heroína incautada y analizada en Australia en el ejercicio económico de 2000/2001 fue del 44%, siendo éste el segundo año consecutivo en que hubo una declinación de la pureza media de la heroína incautada. A pesar de las mermas generales de la pureza de la heroína, la pureza media de la heroína incautada y analizada en Nueva Gales del Sur sigue siendo superior a la de las demás jurisdicciones, circunstancia que era de esperar, dado que Sydney, en Nueva Gales del Sur, es el principal centro de importación y tráfico de heroína de Australia [4]. Sin embargo, la variabilidad entre jurisdicciones no es grande, pues en el ejercicio económico de 2000/2001 se registró una amplitud de un promedio del 39% en Queensland al 51% en Nueva Gales del Sur. En el ejercicio económico de 2000/2001, el número de incautaciones de heroína en la costa australiana o cerca de ésta fue de 28, esto es, una reducción frente a las 39 detecciones del ejercicio económico de 1999/2000, y también hubo una merma en la cantidad total incautada (216 kilogramos) (figura III). Estas cifras son coherentes con una reducción de la oferta de heroína en Australia.

Figura II. Pureza media de la heroína incautada y analizada en Australia, 1996/1997 a 2000/2001

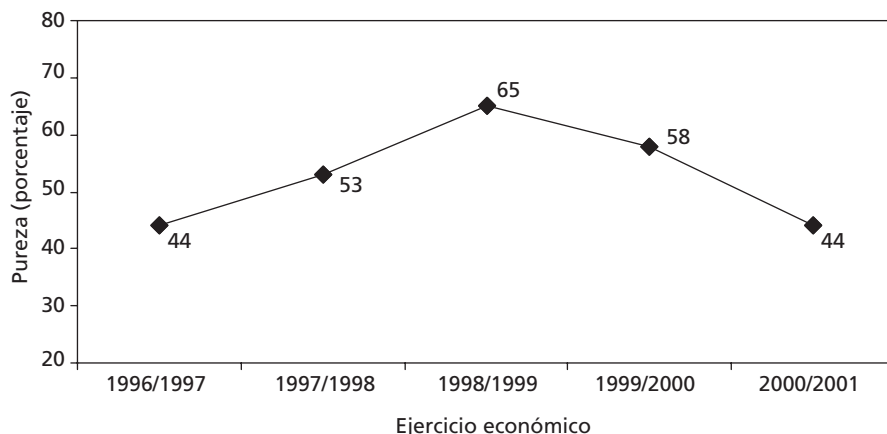
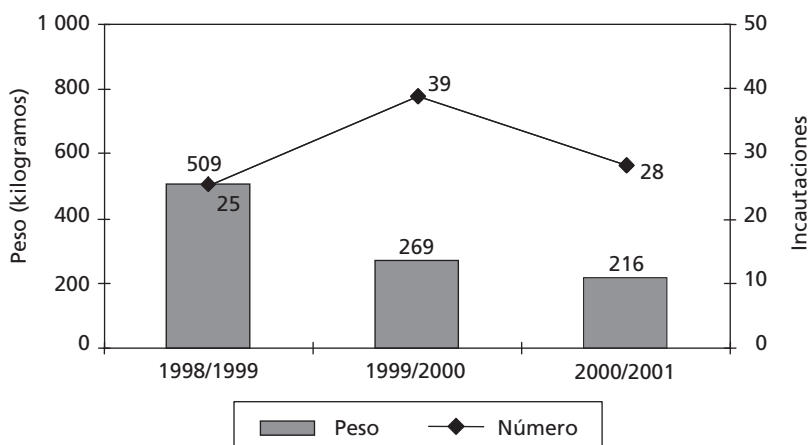


Figura III. Número de incautaciones de heroína en la costa australiana o cerca de ésta y peso de la heroína incautada, 1998/1999 a 2000/2001



Por último, la tercera fuente de información sobre disponibilidad de drogas fueron las entrevistas con informantes clave. Estas entrevistas se realizan anualmente con un protocolo normalizado de entrevistas semiestructuradas. Las comunicaciones de los informantes clave respecto de la heroína fueron coherentes con las comunicaciones de los usuarios de drogas por inyección, pues más de la mitad (56%) de los informantes clave en Nueva Gales del Sur comunicaron que la heroína había sido más difícil de obtener en 2001 y el resto señaló que la disponibilidad había fluctuado. Las estimaciones de los informantes clave en cuanto al precio de un gramo de heroína fueron coherentes con las comunicadas por los usuarios de

drogas por inyección. El precio mediano por gramo comunicado por los informantes clave fue de 340 dólares australianos y el precio notificado de una cápsula de heroína fue de entre 50 y 80 dólares australianos. En forma coherente con las comunicaciones de los usuarios de drogas inyectables, los informantes clave indicaron también que la heroína se vendía en porciones de un cuarto de gramo (entre 70 y 120 dólares australianos) y medio gramo (entre 140 y 160 dólares australianos).

Conclusiones

Es necesario evaluar cuidadosamente las fuentes de datos para analizar los cambios en la disponibilidad de drogas. Los indicadores afectados por otras variables, como los cambios en las preferencias de los usuarios de drogas, los cambios en la probabilidad de efectos nocivos sobre la salud a causa del uso de drogas, los cambios en la disponibilidad de tratamiento y los cambios en la orientación de las actividades de los organismos de represión no suministrarán una información válida sobre la disponibilidad de drogas en una zona geográfica determinada. Es necesario examinar mediciones que evalúen directamente la disponibilidad, tales como el precio, la pureza y la facilidad de compra. Esos datos se pueden obtener de los usuarios mismos, de informantes clave con un contacto importante con usuarios de drogas y con conocimiento de los mercados de las drogas, tales como la policía, y de los datos reunidos por los organismos de represión sobre las incautaciones de la droga de que se trate. Cada una de estas fuentes de datos está sujeta a sesgos que pueden incidir en la fiabilidad de las pautas observadas. Sin embargo, si se las triangula entre sí y la validez concurrente es adecuada, se puede inferir con mayor fiabilidad que los cambios observados plasman cambios efectivos en la disponibilidad de la droga de que se trate y se puede de este modo generar una información oportuna acerca de los cambios relativos en el precio, la pureza y la disponibilidad de las drogas ilícitas. Esta información a no dudarlo es de crucial importancia para los encargados de elaborar políticas, que deben reaccionar ante los cambios en las tendencias de los mercados de drogas ilícitas, pues esa información les permite adoptar decisiones fundadas acerca de los elementos que han de componer la política sobre drogas.

Referencias

1. L. Topp y colaboradores, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monografía No. 48 (Sydney, Centro Nacional de Investigaciones de las Drogas y el Alcoholismo, 2002).
2. P. Griffiths y colaboradores, "Drug information systems, early warning and new drug trends: can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?", *Substance Use and Misuse*, vol. 35, Nos. 6 a 8 (2000), págs. 811 a 844.
3. G. Stimson y colaboradores, "Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, págs. 317 a 325.

4. Dirección Australiana de Investigaciones Criminales, *Australian Illicit Drug Report, 2000-2001* (Canberra, Commonwealth de Australia, 2002).
5. Estados Unidos de América, Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas, *Identifying and Monitoring Emerging Drug Use Problems: a Retrospective Analysis of Drug Abuse Data/Information Reported by the CEWG* (Bethesda, Maryland, 2001).
6. L. Topp y R. McKetin, "Determinación de políticas basadas en las pruebas: estudio de casos del sistema de información sobre drogas ilícitas de Australia", *Boletín de Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas), vol. LV, núms. 1 y 2 (2003).
7. R. McKetin, "Use of RAM to monitor illicit drug use in developed countries: can rapid assessment result in a rapid response?", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, págs. 333 a 335.
8. J. Hando y colaboradores, "The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System", *Addiction Research*, vol. 6, 1998, págs. 97 a 113.
9. J. Hando y colaboradores, *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, Centro Nacional de Investigaciones de las Drogas y el Alcoholismo, Universidad de Nueva Gales del Sur, 1997).
10. C. Day y colaboradores, "Changes in heroin availability in Sydney, Australia, in early 2001", *Addiction*, vol. 98, No. 1 (2003), págs. 93 a 95.



NACIONES UNIDAS

Oficina contra la Droga y el Delito

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria
Tel: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed in Austria

V.03-88864—April 2004—380

United Nations publication

Sales No. S.04.XI.5

ISBN 92-1-348091-1

ISSN 0251-7086

