

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN 16 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

Una de las responsabilidades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la de recolectar y difundir información acerca de los problemas de salud, tanto prevalentes como emergentes. Entre estos problemas destacan por su creciente magnitud el uso y abuso de sustancias psicoactivas. La OMS es el organismo técnico de las Naciones Unidas encargado de ejecutar en el plano sanitario los tratados internacionales sobre narcóticos y sustancias psicotrópicas.

Dentro del cumplimiento de esta responsabilidad, en agosto de 1987 la OPS reunió en Buenos Aires al Grupo Asesor de Epidemiología de la Farmacodependencia con el objetivo de estudiar en forma precisa y práctica la magnitud del problema del abuso de las drogas, el narcotráfico y sus consecuencias para el individuo y la sociedad en la Región. En esta reunión se planteó la necesidad de establecer un sistema amplio de compilación y evaluación de datos sobre el tema, y se encargó este cometido a la Organización de Estados Americanos (OEA) y a la OPS, además de otros organismos especializados, como el Acuerdo Sudamericano de Estupefacientes (ASEP). Estas organizaciones recibieron el mandato específico de establecer un banco interamericano de datos sobre alcoholismo y farmacodependencia.

Como una de las estrategias derivadas de dicha reunión, y también como una respuesta a la petición expresada en la Resolución XVII de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, surgió el proyecto de elaborar unos perfiles epidemiológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los países de las Américas, así como sobre la respuesta de estos países a los problemas relacionados con dicho uso.

Con el objeto de recolectar la información necesaria en forma homogénea se realizó una guía de recolección de datos, que se distribuyó a 16 países de la Región. Se solicitó a cada país que acopiara datos en las siguientes áreas: características sociodemográficas y económicas del país, producción y comercialización de sustancias psicoactivas; su desviación de los canales lícitos; niveles de

¹ Este informe constituye un resumen del trabajo "Perfiles epidemiológicos nacionales sobre consumo de alcohol y otras drogas en América Latina", de Lenn Murrelle, Rodrigo Escalona y Ramón Florenzano, Centro de Estudios sobre el Alcohol y Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos de América. Dicho trabajo fue presentado en la reunión del Grupo de Estudio de la OPS/OMS sobre Problemas de Salud Pública relacionados con Alcoholismo y Farmacodependencia, celebrada en Miami, Florida, del 31 de enero al 3 de febrero de 1989.

consumo; indicadores de salud afectados por este consumo; marco sociocultural; respuestas a los problemas ligados al uso indebido de esas sustancias, sea en el plano gubernamental o en el del sector de la salud; rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de dependencia de drogas; prevención primaria; investigación y educación.

El análisis de los datos recolectados en cada uno de los 16 países participantes en esta etapa preliminar del proyecto fue encargado a un grupo del Centro de Estudios sobre el Alcohol y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos de América. El informe que sigue resume dichos datos por países. En aquellos casos en que no figura alguna de las áreas mencionadas, significa que no se dispuso de datos confiables, o bien simplemente que no fueron facilitados.

ANTILLAS NEERLANDESAS

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

Se importa tabaco para la producción de cigarrillos. Existe producción local de cerveza. Sin embargo, se importa alcohol para la elaboración de bebidas espirituosas. No se ha detectado producción clandestina de alcohol. La importación, producción y venta de alcohol están basadas en el mercado libre.

Los psicofármacos se importan y se venden en el mercado libre; sin embargo, existen controles, especialmente para narcóticos y sustancias psicotrópicas, que solo pueden venderse con fórmula médica. No se requiere talonario especial. Los farmacéuticos deben informar cada cuatro meses acerca de las ventas de sustancias controladas.

Consumo

En cuanto al alcohol, solo existen datos de consumo de cerveza: para 1987-1988, se consumieron 104 230 hl, con un incremento marcado con relación a años anteriores. Se describe una excesiva prescripción de sustancias psicoactivas. Según la Oficina de Asuntos Farmacéuticos, en 1987 se importaron 222,50 g de cocaína, 1 067 g de *Cannabis* y 85,60 g de opio.

Indicadores de salud

En 1984, 110 personas consultaron el Departamento de Salud Mental por abuso de drogas; en 1985, 104 personas; en 1986, 106; en 1987, 91, y en 1988 (hasta octubre), 79.

No existen estadísticas que describan la demanda de servicios de urgencias médicas por abuso de drogas. Se ha iniciado un sistema de vigilancia a través del servicio de emergencias del St. Elizabeth Hospital. No se cuenta con camas hospitalarias destinadas a la atención de farmacodependientes.

Aunque no se ha estudiado la relación entre SIDA y abuso de drogas, no parece que esta relación exista en las Antillas Neerlandesas. No existen programas directos dirigidos hacia la prevención del abuso de drogas por vía intravenosa como factor de riesgo de esta enfermedad.

Marco sociocultural

No se dispone de datos que relacionen el abuso de drogas con la delincuencia general o específicamente juvenil. No se tienen datos acerca del consumo de drogas en prisiones. Se ha descrito que existe este problema en el medio de trabajo, por lo cual se han planeado estrategias de asistencia.

No existen estudios que indiquen las actitudes o percepciones de la población o sus líderes hacia el abuso y tráfico de drogas; sin embargo, parece que no toda la gente condena el uso, y especialmente el tráfico de drogas. Existen sospechas de que muchas familias de escasos recursos económicos están involucradas en el tráfico de drogas.

Respuestas al uso indebido de drogas

La Oficina de Asuntos Farmacéuticos, que forma parte del Ministerio de Salud, tiene a su cargo la recolección de datos y la información de estos al Comité Internacional de Control de Narcóticos. La Oficina del Procurador General trabaja en estrecha relación con la anterior.

La propaganda de bebidas alcohólicas no puede ir dirigida a menores y está permitida únicamente entre las 10 de la noche y la 1 de la madrugada. No existe edad legal para beber licor, aunque no está permitido venderlo a los menores de 16 años a menos que se encuentren en compañía de sus padres o tutores legales. No existe ninguna restricción con respecto al comercio y consumo de tabaco.

Las Antillas Neerlandesas no forman parte del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El tratamiento generalmente es ambulatorio y consiste en terapia individual y de grupo. Se incluye también en el tratamiento a la esposa o esposo y los miembros de la familia. No existen políticas específicas con relación a programas de rehabilitación

Prevención

Poco se ha hecho en la parte preventiva. Dado el visible incremento del problema, algunas comunidades se han organizado espontáneamente para llevar a cabo programas preventivos.

Investigación

Hasta el momento se ha realizado muy poca investigación. Desde octubre de 1987 existe el Registro de casos en salud mental pública, en el cual se acopian los datos de pacientes con trastornos mentales con el propósito de distribuir información para planeamiento y manejo, crear una base de investigación epidemiológica sólida y actuar como punto de partida para futuras investigaciones.

Educación y capacitación

No existen centros de capacitación de profesionales en el campo del abuso de drogas, a excepción de la Escuela de Enfermería. La mayoría de la experiencia académica se adquiere en los Estados Unidos de América y Holanda. Durante la capacitación en medicina se presta poca atención al problema de las adicciones.

ARGENTINA

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas de mayor importancia que se producen en el país son las bebidas alcohólicas, el tabaco y medicamentos psicotrópicos. En cuanto a los alcoholes, en 1986 se produjeron 121 392 277 l de licores destilados, con un aumento de 23,5% con respecto al año anterior. La producción de cerveza para el mismo año fue de 5 445 900 hl, lo que equivale aproximadamente a 27 229 500 l de alcohol absoluto.

La vitivinicultura está destinada en su mayor parte al mercado interno. De acuerdo con los datos aportados por el Instituto Nacional de Vitivinicultura, la producción autorizada en 1986 alcanzó un total de 18 566 911 hl, es decir, 213 404 476 l de alcohol absoluto.

La producción de tabaco fue estimada para 1984-1985 en 63 220 t. En 1983, la superficie ocupada por los cultivos tabacaleros era 3,8% de la superficie total destinada a cultivos industriales y 0,02% de la superficie agrícola global del país. La producción de cigarros y cigarrillos se redujo en 1980 en un 10,1% con respecto a 1975.

Aproximadamente 90% de la producción de psicofármacos del país se realiza con materias primas importadas. Algunos de estos productos pueden ser exportados pero el mercado es muy reducido. El Ministerio de Salud no cuenta por el momento con estadísticas sobre producción y comercialización de psicofármacos. No se tiene constancia de que exista producción clandestina. La coordinación del sistema de licencias para la producción lícita de estupefacientes y psicotrópicos y su fiscalización están a cargo del Gobierno.

En el caso de las bebidas alcohólicas no hay monopolio del Estado para su producción e importación. Lo mismo se aplica en el caso del tabaco y los psicotrópicos.

Para la venta de psicofármacos se exige la receta médica. Los medicamentos tienen distintos requisitos para su despacho, según las listas de sustancias. Se detecta la falsificación de recetas.

En la Argentina se mantiene una administración especial, el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, que está a cargo de la aplicación de las disposiciones de la Convención Única sobre Estupefacientes y de la Convención sobre Sustancias Psicoactivas.

Suele ocurrir el asalto a las unidades móviles distribuidoras de los productos terminados, que luego son revendidos en forma ilegal.

Consumo

En 1986, el consumo anual per cápita de bebidas alcohólicas para la población de 15 años y más se estimó en 12,8 l de alcohol absoluto, desglosados en 1,3 l provenientes de las bebidas destiladas, 1,3 l de la cerveza y 10,1 l de los vinos. El mismo año se incrementó en 23% el consumo de bebidas destiladas y en 27% el de cerveza.

Se calcula que un tercio de la población adulta del país fuma habitualmente. Si bien en los últimos años la proporción de fumadores se mantiene constante, se observa una leve disminución en los varones mientras que en las mujeres se detecta un aumento considerable.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Agricultura y Ganadería de la nación, en 1984 la venta de cigarrillos fue de 1 772 millones de paquetes, mientras que el consumo anual de cigarrillos per cápita fue de 1 220. El consumo por habitante aumentó en un 30% desde 1947.

No se cuenta con datos oficiales de consumo de psicofármacos.

Indicadores de salud

De los 266 egresos por uso indebido de drogas registrados en 1983 en los hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires, 249 estuvieron relacionados fundamentalmente con alcohol y 17 con otras drogas. Los egresos relacionados con psicosis ocasionadas por abuso de sustancias psicoactivas constituyeron 11% del total de las psicosis. Los egresos relacionados con trastornos vinculados al abuso de sustancias psicoactivas representaron 29% del total de todos los trastornos neuróticos de la personalidad. Debe tenerse en cuenta que 71% estuvo constituido por ingresos debidos a síndrome de dependencia del alcohol.

Los datos recogidos por la Comisión Nacional Contra el Narcotráfico y el Abuso de Drogas señalan que en 1987 en el Centro Nacional de Reeducación Social se internaron 603 casos (476 varones y 127 mujeres). El Fondo de Ayuda Toxicológica recibió en ese mismo año 525 casos en tratamiento ambulatorio (420 varones y 105 mujeres).

En una investigación de 1988 (Míguez y Grimson) sobre la naturaleza y magnitud de los problemas del abuso de sustancias psicoactivas en la consulta de emergencias hospitalarias se señaló que aproximadamente 5% de esta consulta, en el lapso de una semana, estaba vinculada con estos problemas: 64% de estos casos se debieron al consumo excesivo de alcohol, 20% a la ingestión de otras drogas y 16% al policonsumo.

En los hospitales generales no existen camas destinadas especialmente a los pacientes con problemas de alcoholismo y drogadicción. Estos son internados en diferentes servicios, de acuerdo con las consecuencias clínicas que tiene el abuso de sustancias psicoactivas en su organismo. Los casos que llegan a los servicios de psiquiatría son muy escasos.

Puede señalarse el estudio llevado a cabo en 1978 por el Instituto de Biología y Medicina Experimental para la Capital Federal, donde se detectó 14,2% de casos positivos (alcoholemia entre 0,3 y 0,7%) y 9,1% con alcoholemias superiores a 0,7% entre los conductores analizados.

Estudios realizados en un hospital de Buenos Aires en 1985 (Ramba y Tarasiuk) señalaron que el diagnóstico de egreso de 48,8% de los pacientes internados por alcoholismo era de síndrome de abstinencia, seguido de un 20% por hemorragias gastrointestinales. La mortalidad registrada en internaciones por enfermedades asociadas a la ingestión anormal de alcohol fue de 15,4%. En el mismo

período, la mortalidad general del hospital había sido de 11,5%. Se estimó que el subregistro de los problemas de alcohol como causa de enfermedad y muerte es importante. El 25% de los casos que se estudiaron no tenían en el diagnóstico de egreso la mención de alcoholismo.

En relación con la drogadicción y el SIDA se cuenta con los siguientes datos: de los casos conocidos en 1988, 11 (6,7%) eran drogadictos que se inyectaban, 6 (3,7%) eran bisexuales drogadictos que se inyectaban y 1 (0,6%) era homosexual drogadicto que se inyectaba.

De acuerdo con el informe de 1986 del Centro Nacional de Reeduación Social (Otero *et al.*), el consumo de inhalantes manifiesta una tendencia creciente en usuarios cuyas edades oscilan entre 12 y 19 años, y en otro estudio (Arias) se indican edades de inicio de alrededor de los 8 años.

Marco sociocultural

La Argentina no cuenta por el momento con estudios actualizados que desarrollen, con la profundidad que se requiere, el tema de las actitudes hacia las drogas.

Datos de las estadísticas centralizadas provenientes de diversas oficinas gubernamentales de seguridad señalan que en 1987 hubo un total de 3 839 detenidos por causas vinculadas a las drogas, de los cuales 3 389 eran varones y 450 mujeres. Del total de casos, 10,4% eran menores de edad.

Respuestas al uso indebido de drogas

Existen fundaciones particulares que, solas o con apoyo parcial del Estado u organismos internacionales, procuran desarrollar acciones de prevención y tratamiento. También existen organizaciones de padres y familiares de pacientes farmacodependientes que apoyan y participan activamente en comunidades terapéuticas de jóvenes adictos.

La Argentina es signataria de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961 y de la Convención sobre Sustancias Psicoactivas de 1971. El Ministerio de Salud y Acción Social dicta normas en relación a la producción y comercialización de productos farmacéuticos basándose en los acuerdos mencionados. La Comisión Nacional contra el Narcotráfico y el Abuso de Drogas coordina todos los esfuerzos en la lucha contra la droga.

En el país no existen lugares específicos destinados a la venta de bebidas alcohólicas. Lo mismo ocurre con el tabaco. Su venta es libre y no tiene restricciones. Tampoco hay disposiciones que controlen el número de lugares habilitados para su expendio. La edad legal para beber alcohol es de 18 años. No hay normas para la propaganda de bebidas alcohólicas.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El Ministerio de Salud y Acción Social es la institución que tiene la responsabilidad de organizar el tratamiento de los pacientes con problemas de farmacodependencia.

El Estado financia el tratamiento, el cual se lleva a cabo en instituciones públicas. Se destina una parte de la recaudación por juegos de azar para financiar programas preventivos y asistenciales.

Una gran parte de los pacientes atendidos por abuso de sustancias psicoactivas reciben tratamiento en unidades no profesionales de carácter religioso, en especial las conocidas como Programa Andrés y Viaje de Vuelta, ambas forjadas según modelos de comunidades terapéuticas de los programas UOMO de Italia y DAYTOP de los Estados Unidos.

Existen formas de tratamiento ambulatorio pero también es posible encontrar en el sector de la medicina privada técnicas que se sostienen en la internación compulsiva del paciente. Hasta el presente no se han llevado a cabo investigaciones que determinen la eficacia de las diferentes modalidades de tratamiento.

En cuanto al tabaquismo, se han desarrollado cursos para combatir el hábito de fumar con resultados promisorios.

Prevención

En materia de prevención primaria, los modelos que han predominado hasta la fecha son los correspondientes a la clasificación de Nowlis como modelo ético-jurídico y el médico-sanitario.

Para el período 1987-1989 existe un Plan Nacional de Educación Preventiva. También se desarrollan algunas campañas publicitarias de prevención en la televisión y la radio.

Investigación

El financiamiento de la investigación proviene básicamente del Estado. Desde fines de 1985 existe un convenio entre tres instituciones, denominado Convenio Marco Tripartito, que ha permitido la coordinación de los esfuerzos para realizar investigaciones en el área de la farmacodependencia. También ha habido aporte financiero de organizaciones privadas.

Educación y capacitación

A partir de una investigación para determinar la situación actual de la enseñanza sobre farmacodependencia en carreras universitarias de las áreas de ciencias de la salud, sociales y jurídicas, se sugirió reforzar este campo de la enseñanza al nivel de pregrado, así como crear un programa de posgrado. Esta última iniciativa se materializó a fines de 1986 con la organización de una carrera interdisciplinaria de especialización.

En relación con la capacitación en la asistencia de pacientes farmacodependientes, recientemente se firmó un convenio con las Naciones Unidas para adiestrar personal.

BOLIVIA

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En Bolivia, las sustancias psicoactivas legales producidas son las bebidas espirituosas, vinos y bebidas fermentadas, bebidas malteadas, alcohol etílico potable y tabaco. Esta producción ha tenido un incremento considerable año tras año, y se ha destinado en su totalidad al consumo interno, pues el rubro de las exportaciones es poco significativo. Así, en 1987 se produjeron 14 905 952 l de bebidas espirituosas, 106 002 321 l de bebidas malteadas, 2 007 715 l de bebidas fermentadas y 4 498 600 paquetes de cigarrillos.

En cuanto a los psicofármacos, en el país se produce diazepam, clordiazepóxido e idantina.

Además, existe la producción ilícita tanto de bebidas alcohólicas como de drogas (marihuana, clorhidrato de cocaína y sulfato de cocaína). Se estima que en 1980 hubo una producción total de 48 500 t de cocaína. Para 1986, la producción fue de 132 400 t, lo cual representa un aumento importante.

Se estima que Bolivia produce por año 765 t de pasta de coca y que de esta cantidad solo se exportan de 400 a 500 t. Un tercio es transformado en clorhidrato consumido internamente como "pitillo".

La estructura de la industria de sustancias psicoactivas está reglamentada por licencia del Ministerio de Industria y Comercio y del Ministerio de Salud. El control de calidad y toxicidad se rige por normas internacionales. La producción se regula por mercado libre.

Los requisitos para la elaboración, importación, dispensación y comercialización de medicamentos que contienen estupefacientes o psicotrópicos consisten en la exigencia de receta médica y talonarios especiales para control. Hasta la fecha no se han detectado falsificaciones.

La industria farmacéutica boliviana no fabrica estupefacientes sino que los importa como insumos, lo cual está sujeto a control estatal.

En cuanto al comercio ilícito, se ha verificado la introducción de medicamentos anfetamínicos desde el Brasil. También preocupa la detección de Demerol, Fentanil, Halopendol, Inhibex y Mederex en el comercio ilícito.

Consumo

Según datos del Ministerio de Industria y Comercio, en 1987 se produjeron 4 498 600 paquetes de cigarrillos, y el consumo interno fue de 3 903 225 paquetes, lo que significaría que se consumió 87% de la producción de esta sustancia. Sin embargo, se estima que el contrabando podría elevar este consumo interno.

Según estimaciones realizadas en esta misma fecha por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, el consumo de alcohol absoluto fue de alrededor de 4,3 l per cápita, sin considerar la producción artesanal de chicha, la importación legal, que es limitada, y el contrabando, que es significativo.

Se han realizado varias investigaciones para estimar la prevalencia del uso indebido de sustancias psicoactivas. En una encuesta en la población joven del país realizada en 1978 por la Dirección Nacional de Control de Sustancias

Peligrosas se señaló que 11,2% de los encuestados había probado drogas alguna vez y 1,0% admitió ser consumidor habitual. Otros estudios, como el de ABC Comunicaciones realizado en 1986 en una muestra de 1 219 personas entre 8 y 25 años de edad y el de la Cruz Roja Boliviana del mismo año en 1 536 personas entre 10 y 25 años, arrojan resultados semejantes.

En la investigación de ABC Comunicaciones se observó que las sustancias de mayor consumo eran la marihuana (38,7%) y la pasta básica de cocaína (38,6%), seguidas por los psicofármacos (8,8%), inhalantes (7,5%) y clorhidrato de cocaína (6,4%).

En su estudio del mismo año, la Cruz Roja encontró los siguientes porcentajes de consumo: marihuana (36,3%), cocaína (8,8%), inhalantes (6,3%) y gasolina (6,3%).

Con respecto a los grupos de edad de mayor riesgo de consumir sustancias psicoactivas, la investigación realizada en la Clínica de Psiquiatría de la Ciudad de La Paz entre 1981 y 1984 mostró que 83,7% de los alcohólicos hospitalizados se encontraban entre los 30 y 59 años.

En cambio, en el estudio realizado por ABC Comunicaciones la mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas estaba en el grupo de 20 a 25 años.

En los estudios del Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF), de 65 a 70% del total de farmacodependientes hospitalizados en esta institución eran pacientes entre 15 y 30 años. En una investigación realizada en Cochabamba entre 1979 y 1980 (Argandoña), se determinó que 30% de los encuestados mayores de 15 años bebían alcohol. En el estudio de la Cruz Roja mencionado se detectó que la mayor incidencia de consumo de sustancias psicoactivas se encontraba en el grupo de 16 a 25 años. En este mismo trabajo no se encontraron diferencias según estrato social.

En cuanto a los medicamentos psicotrópicos, una gran proporción es introducida clandestinamente desde el Brasil (anfetaminas), el Perú (dextropropifeno) y Chile (Demerol, Fentanil y Talamonal). Por lo tanto, no es posible estimar apropiadamente su consumo.

Indicadores de salud

En un estudio de la Clínica Psiquiátrica de la Caja Nacional de Salud de La Paz llevado a cabo en 1985 se encontró que de 953 hospitalizaciones, 251 se debían a problemas de alcohol (26%); de estas, 223 correspondían a varones (88,8%) y 28 a mujeres (11,2%). En este mismo estudio se revisaron los registros de la consulta externa, en que se atendieron 4 541 casos. De estos, 341 fueron por problemas de alcohol (7,5%) y 21 por consumo de otras drogas (0,5%). Esto podría indicar que el paciente con este tipo de problema utiliza poco la consulta externa en comparación con la hospitalización.

También se cuenta con los datos del INIF, que en sus 12 años de actividad ha señalado una mayor cobertura en la atención externa, con una progresiva disminución de las hospitalizaciones. Se observa una mayor proporción de varones hospitalizados voluntariamente, con un predominio de desocupados. Según esta misma fuente, se ha observado un cambio en la proporción de pacientes

atendidos por adicción a las diferentes sustancias. En los primeros cinco años (1976-1980), el alcoholismo representaba 38,8% de la demanda; el abuso múltiple, 25% y el de cocaína, 10%. En los siguientes cinco años (1981-1985), la farmacodependencia múltiple representa 40%, el alcoholismo, 27% y la dependencia a la cocaína aumentó en 20% (incremento de 100%). Los datos de 1986 y 1987 siguen revelando un ascenso en la demanda de atención por parte de los usuarios de cocaína (33%), y el alcoholismo queda relegado al tercer lugar.

En cuanto a la relación entre accidentes de tránsito y consumo de alcohol y otras drogas, no se cuenta con muchos datos. De acuerdo con estadísticas recolectadas por la Unidad de Tránsito de La Paz, en 1980 la embriaguez representaba la segunda causa de accidentes de esta clase (12,7%). Esta cifra aumentó a 18,6% en 1986.

El efecto de la farmacodependencia en el sector laboral es difícil de precisar. En un seguimiento que llevó a cabo el Departamento de Higiene y Seguridad Industrial en tres fábricas de la ciudad de La Paz se detectó que 7,3% de los ausentismos laborales en los dos primeros días de la semana se relacionaban directamente con el consumo de alcohol, así como 1,2% de los accidentes del trabajo.

Marco sociocultural

Se ha observado una creciente aceptación del consumo de alcohol, aunque las modalidades de ingestión son diferentes en los distintos grupos sociales. En la zona rural andina se admite que la mujer participe en el consumo de alcohol en actividades cívicas y religiosas. En grupos urbano-marginales el individuo que bebe en exceso es rechazado. Los hombres beben abundantemente, particularmente los fines de semana con grupos de amigos y se embriagan con la aceptación de todos. Otras modalidades de consumo más recientes se dan en combinación con la cocaína y otras drogas en el grupo de 15 a 30 años.

La relación entre abuso de sustancias psicoactivas y delincuencia parece bastante significativa. Sin embargo, no se cuenta con información sistematizada. Lo mismo ocurre en el caso de la prevalencia de la farmacodependencia en la población carcelaria.

Respuestas al uso indebido de drogas

La comunidad recurre a instituciones públicas o privadas que prestan servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación. Actualmente, existen aproximadamente 20 instituciones que atienden a toxicómanos, 12 de las cuales son privadas y estatales, concentradas mayoritariamente en La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Tarija. El énfasis está puesto en la rehabilitación.

En una encuesta realizada entre profesionales de la salud, 60% de los encuestados consideraban el abuso de alcohol y drogas como una enfermedad y que la drogadicción era más difícil de tratar y de peores consecuencias que el alcoholismo. El resto del grupo se dividió en un 25% que lo consideraba un problema intermedio entre enfermedad y problema social, y un 15% que lo consideraba como vicio que merecía castigo.

El Gobierno de Bolivia ha establecido como primera prioridad nacional la lucha contra el narcotráfico. Existen el Consejo Nacional de Prevención de la Drogadicción (CONAPRE), formado por cuatro ministerios, y el Consejo Nacional de Lucha contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas. Este último organismo define políticas globales; sin embargo, el país no cuenta con los recursos suficientes para aplicarlas.

Se han celebrado convenios bilaterales con los Estados Unidos que han fortalecido las acciones contra el tráfico de drogas.

Prevención

Las estrategias de prevención adoptadas por Bolivia están coordinadas por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y por el Ministerio de Educación. Los programas van dirigidos a toda la población, pero con énfasis especial en los grupos de mayor riesgo. Se imparte educación preventiva en las escuelas. Las campañas son llevadas a cabo por instituciones estatales y privadas; no se cuenta a la fecha con evaluaciones del efecto de estos planes.

Investigación

El financiamiento de los programas de investigación proviene casi en su totalidad de organismos internacionales. No existe ningún organismo que oriente y supervise las investigaciones. Sin embargo, CONAPRE, recientemente formado, podría constituirse en dicha organización.

Educación y capacitación

La principal institución educativa de salud es el Sistema de Residencia Médica Nacional, de la División de Posgrado de la Universidad Boliviana, que capacita a médicos psiquiatras desde 1985. Todas las facultades de ciencias de la salud incluyen en su programa de pregrado la materia de farmacodependencia. Sin embargo, no se le da el énfasis necesario.

BRASIL

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

El alcohol y el tabaco consumidos en el Brasil son producidos íntegramente en el país. Los psicofármacos se producen en su mayoría con materia prima importada.

En 1984, la producción legal de bebidas alcohólicas fue de 1 000 millones de litros de "cachaca", 2 000 millones de litros de cerveza y 400 millones de garrafas de otras bebidas (vino, whisky, coñac, vodka, etc.). En 1980, las bebidas destiladas constituían 450 millones de litros de alcohol absoluto. En 1983, la División de Medicamentos del Ministerio de Salud indicó que en el país se comercializaban 228 productos benzodiazepínicos.

La industria de bebidas alcohólicas fue en 1985 la quinta empresa en crecimiento del país (entre 25 empresas manufactureras), y la industria de fármacos fue la sexta.

La producción de psicofármacos está regulada por el mercado libre sin monopolio estatal. Su fabricación, comercio y distribución están sometidos a fiscalización por la División Nacional de Vigilancia Sanitaria, División de Medicamentos del Ministerio de Salud. No se dispone de información acerca de la desviación de fármacos a través de canales ilícitos.

El despacho de psicofármacos se rige por lo establecido en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y la Convención sobre Sustancias Psicoactivas de 1971; por lo tanto, determinados fármacos exigen la retención de la receta médica y otros requieren talonarios especiales. Se ha denunciado la falsificación de recetas y recetas.

A pesar de que existe un control legal de la venta de sustancias psicotrópicas, en general se observa que estas se venden libremente sin receta médica. Es común que el vendedor de la farmacia sea consultado por los clientes y que les prescriba este tipo de fármacos.

Consumo

Datos de 1981 publicados por la prensa revelaron que el consumo de todas las bebidas alcohólicas equivalía a 9,1 l de alcohol absoluto per cápita al año. El consumo de cigarrillos en el segundo semestre de 1986 se estimó en 63 cajetillas por año para cada individuo mayor de 15 años de edad. En cuanto a los psicotrópicos, datos publicados en 1980 (*Pharmaceutical Market of Brazil*) estiman que 17% de las recetas médicas brasileñas correspondían a sustancias psicotrópicas. No hay datos sobre consumo.

Los patrones de consumo de alcohol en la sociedad brasileña son muy diversos, lo que hace muy difícil hacer alguna generalización.

En São Paulo, Salvador y Porto Alegre, en un estudio realizado en 1987 (Masur *et al.*) en una muestra de 120 jóvenes que vivían en la calle, se verificó que el consumo de drogas en ese grupo era alarmante. Estos muchachos, entre 7 y 17 años de edad, indicaron haber consumido en el último mes las siguientes sustancias: tabaco, 86%; alcohol, 51%; marihuana, 44%; cocaína, 11% e inhalantes, 56%. Confesaron haber consumido el anticolinérgico Artane 17% de los jóvenes y diazepam, 8%.

Es interesante comparar las anteriores cifras con las de otro estudio realizado el mismo año: en una muestra de 20 000 alumnos de primaria y secundaria de 10 a 17 años de edad, residentes en ocho ciudades del país, el promedio de consumo de alcohol en alguna ocasión fue de 76%, el uso en el último año fue de 58% (62% para los varones y 55% para las mujeres), y en el último mes fue de 31%. Se halló que el consumo de tabaco en el último año fue de 16%; marihuana, 1,6%; inhalantes, 9,5%; cocaína, 0,4%; ansiolíticos, 3,5%; hipnóticos, 2% y barbitúricos, 1,7%. Otro dato alarmante de este estudio fue que 5% de los alumnos encuestados dijeron haber consumido alcohol 20 días o más del último mes.

Indicadores de salud

En dos estudios realizados en barrios de clase socioeconómica baja, el primero en 1965 y el segundo en 1974, se encontró que 6% de la muestra estaba constituida por "bebedores patológicos". En otro estudio en una zona mar-

ginada de la ciudad de Salvador se halló una tasa de alcoholismo de 22,6%. En relación con las demás sustancias psicoactivas, un estudio realizado en 1987 en hospitales psiquiátricos de todo el país indicó que 30% de los internamientos por dependencia de drogas fue por uso de *Cannabis*, 24% por drogas no especificadas, 16% por cocaína y 12% por asociaciones con el consumo de drogas.

Al estudiar la relación entre el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito en un período de 10 años (1966–1975), se encontró que 25% de los conductores implicados en accidentes tenían algún nivel de alcoholemia y que esta era mayor de 80 mg/dl en 18% de los accidentes estudiados.

En cuanto a la relación entre el SIDA y la drogadicción, el Ministerio de Salud indica que del total de casos hasta marzo de 1988 (2 956), 16,7% contrajeron la enfermedad por transmisión sanguínea (495); de estos, 39,4% (195) se inyectaban drogas por vía intravenosa.

Respuestas al uso indebido de drogas

Brasil no tiene una tradición de movimientos sociales organizados en el campo de la drogadicción. Apenas se observan algunas iniciativas locales de información en las escuelas de las grandes ciudades.

El profesional de salud considera, al menos formalmente, que la farmacodependencia es una enfermedad. Existen algunas organizaciones profesionales, como la Asociación Brasileña de Estudios del Alcohol y Alcoholismo y la Sociedad Brasileña de Psicobiología, que promueven la investigación en este campo. Por ahora no existe comunicación formal entre estas organizaciones y el Gobierno.

En el país existe una legislación para regular la producción, tráfico y uso de drogas, con penas que llegan hasta 15 años de reclusión en el caso del tráfico. También existe una serie de reglamentos del Ministerio de Salud para controlar la venta de medicamentos con sustancias psicoactivas. La organización que establece las directrices nacionales en el campo de la farmacodependencia es el Consejo Federal de Estupefacientes, vinculado al Ministerio de Justicia.

En relación con el alcohol, existe una legislación que prohíbe su venta a menores de 18 años. También se pena el consumo de alcohol en las horas de trabajo. No hay legislación en cuanto a la producción, importación y exportación de alcohol con un enfoque de salud pública. Tampoco hay directrices en relación con la disponibilidad de alcohol ni con su publicidad.

Respecto al tabaco, no existe regulación de su venta, pero se dispone de una ley que prohíbe fumar en algunos lugares públicos. El cumplimiento de estas disposiciones es apenas parcial. La legislación acerca de la publicidad del tabaco está en trámite.

Brasil es signatario de las convenciones internacionales de 1961 y 1971, de manera que existen disposiciones legales en relación con el despacho de psicofármacos.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

En el Brasil no existe ninguna institución gubernamental de ámbito nacional que se encargue del problema de la farmacodependencia. Los sectores de altos ingresos acuden a clínicas particulares y los de bajos ingresos solicitan atención en los servicios de psiquiatría estatales. Hasta el momento, estos centros no están articulados entre sí.

Existe un programa nacional sobre el alcoholismo que pretende establecer una política nacional de tratamiento y rehabilitación del alcohólico. El principal profesional a cargo de estos enfermos es el médico psiquiatra. Los clínicos generales, psicólogos y asistentes sociales también intervienen en la atención de los drogadictos. No predomina ninguna tendencia de tratamiento en particular.

Prevención

En el país no existe un programa nacional de prevención primaria. Actualmente se está realizando, con fondos de las Naciones Unidas, una campaña nacional de prevención en las escuelas, pero no se dispone de las evaluaciones correspondientes.

Investigación

El mecanismo básico de financiamiento de la investigación es a través de organismos estatales o federales. En términos de contenido, es una tradición científica relevante el estudio de la psicofarmacología de *Cannabis sativa* y las investigaciones básicas y clínicas sobre alcoholismo.

Recientemente han comenzado a surgir nuevas tendencias en el estudio de la epidemiología del consumo de drogas en la juventud. Los instrumentos usados han sido muy variados: desde la investigación en animales hasta la validación de instrumentos clínico-investigativos internacionales. Existe alguna articulación con centros internacionales. No hay ninguna institución que regule o supervise la investigación.

Educación y capacitación

No existen instituciones educativas específicas para capacitar a profesionales en el campo de la farmacodependencia. El médico, que es el principal profesional encargado del problema, no recibe cursos específicos en pregrado ni en posgrado. Sin embargo, varias asociaciones profesionales dictan cursos y organizan congresos.

CHILE

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En Chile, solo se producen bebidas alcohólicas y tabaco. Las materias primas de todos los psicofármacos consumidos internamente se deben importar.

La superficie total de vid cultivada representa 1,2% (100 000 ha) de toda la superficie cultivable. El 85% de la producción de vid se destina a la fabricación de alcohol (principalmente vino) y el resto a uva de mesa para consumo interno y exportación. En 1980, la producción anual de vinos y chichas fue de 500 a 600 millones de litros, de 200 a 250 millones de litros de cerveza y de 15 a 20 millones de litros de licores destilados. Además, se importó 1 millón de litros de vinos y chichas, 280 000 litros de cerveza y 7 millones de litros de destilados. La exportación de vino para este mismo año fue de 18 millones de litros.

La comercialización del alcohol es libre. Los gastos en publicidad son variables; por ejemplo, para el año 1982 se invirtieron aproximadamente \$US 14 millones, con un 70% destinados a la publicidad en televisión.

La superficie plantada de tabaco es de 2 500 ha. La mayor parte de la producción se consume en el país y un 15% se exporta a los Estados Unidos.

El Gobierno controla la producción de tabaco. La producción anual de cigarrillos es de 8 000 millones de unidades, lo que representa 2% de la producción bruta nacional. El gasto en publicidad para la venta del tabaco entre junio de 1984 y julio de 1985 fue de \$US 1,5 millones, en su mayoría destinados a la televisión.

El Instituto de Salud Pública es el organismo que regula la importación de las diferentes sustancias psicoactivas. El expendio público de estos productos se hace mediante "receta cheque" o "receta médica retenida", las cuales quedan registradas según acuerdos de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. Hasta el momento los benzodiazepínicos no están incluidos en ninguna de las listas, por lo tanto se adquieren con receta médica común.

Existe alguna desviación de todos estos productos hacia el uso ilícito, particularmente los anfetamínicos, anorexígenos y benzodiazepínicos, mediante la falsificación de recetas y en algunas ocasiones por prescripción indebida de recetas por parte del médico.

Consumo

Un 70% de la población del país suele beber alcohol. En términos generales se estima que el consumo per cápita anual oscila aproximadamente entre 40 y 50 l de vino, 15 l de cerveza y 1 l de licores, lo que equivale a 6 u 8 l de alcohol absoluto. Estas cifras aumentan en un 50% si se excluye la población menor de 15 años y los abstemios, y aproximadamente en otro 20% si se suma la producción clandestina.

Para el sexo masculino, la tasa de alcoholismo oscila entre 15 y 35% y para el femenino, entre 0 y 4%.

Se estima que casi 50% de la población adulta (mayor de 15 años) fuma cigarrillos. Los hombres tienen mayor afición que las mujeres y hay una asociación directa entre el hábito y el nivel educativo del usuario. El consumo bruto anual per cápita fluctúa entre 600 y 900 cigarrillos. Si esta cifra se corrige para incluir solamente la población adulta y también para incluir solo la mitad consumidora, estos fumarían de 6 a 9 cigarrillos al día.

Según diversos estudios realizados en los últimos años, los psicotrópicos utilizados indebidamente en Chile (principalmente por los adolescentes) son la marihuana, los solventes volátiles, la cocaína y ciertos psicofármacos (estimulantes, anfetamínicos, anorexígenos y algunas benzodiazepinas).

La marihuana (*Cannabis*) es fácil de obtener porque el cáñamo es una fibra de uso industrial y por lo tanto hay extensas plantaciones en el país. Aunque la plantación es controlada, hay robos y producción clandestina. En cuanto a su consumo, se calcula que entre 40 y 50% de los adolescentes ha fumado marihuana alguna vez; su uso regular (más de una vez por semana) probablemente alcanza a 5% de los jóvenes de 12 a 19 años de todos los niveles socioeconómicos.

Los solventes que se inhalan también son fáciles de conseguir, especialmente los productos domésticos como el pegamento. Se estima que alrededor de 3 a 5% de niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad de niveles socioeconómicos bajo y marginal inhalan esta sustancia.

Hace tres años la cocaína fue eliminada del registro nacional de medicamentos, de manera que su uso tiene siempre fines ilícitos. En la zona norte del país se consume pasta básica (sulfato) de cocaína. Se estima que 30% de los adultos ha probado alguna vez esta sustancia. Los consumidores regulares constituyen 3% de la población urbana de esas regiones; usualmente son adultos jóvenes y de edad media, de niveles socioeconómicos medio y alto.

Los anfetamínicos y anorexígenos se obtienen por medios ilegales. Probablemente entre 3 y 5% de la población de 12 a 19 años de edad de todos los niveles socioeconómicos realiza algún consumo sin prescripción médica idónea. Este consumo se incrementa enormemente en la zona norte por la facilidad de obtener fármacos procedentes del Perú.

El control insuficiente y el bajo costo hacen muy posible el abuso de estos fármacos. En la mayoría de los casos es probable que se usen para calmar una patología ansiosa. Por otra parte se ha detectado su abuso en grupos de adolescentes, especialmente del diazepam y flunitrazepam, y se estima que de 1 a 2% de la población entre 12 y 19 años hace uso no médico de estas sustancias. Es importante destacar que su consumo con frecuencia es mixto, particularmente con alcohol y tabaco.

Indicadores de salud

Los diversos servicios asistenciales psiquiátricos estatales reciben casos remitidos de los tribunales para evaluar si el joven presenta adicción a alguna droga. Esta labor representó alrededor de un 3% de la consulta psiquiátrica en 1987.

Aunque no existen datos de un estudio nacional de prevalencia, se estima que el consumo de las principales sustancias ilícitas es relativamente bajo. Una excepción se podría dar en la zona norte del país, donde se conoce el consumo de cocaína. Por ejemplo, entre enero y agosto de 1988, 2,5% de los egresos en el servicio de psiquiatría del hospital local de la ciudad de Iquique estaban relacionados con el abuso de pasta básica de cocaína.

En cuanto a los servicios de urgencia, se cuenta con datos acerca del síndrome de abstinencia, intoxicaciones mayores y nivel de alcoholemia de los conductores envueltos en accidentes de tránsito. El número de conductores detenidos por conducir en estado de embriaguez ha bajado de 5 400 en 1983 a un promedio de 2 900 entre 1986 y 1987, lo que representa un descenso de 54%.

En cuanto al SIDA, de los 100 casos presentados hasta la fecha, dos de ellos se han asociado al consumo de drogas por vía intravenosa, con antecedentes de contagio en el extranjero.

El alcoholismo constituye 4,5% de los egresos hospitalarios del país. Si esta cifra tuviera en cuenta las múltiples morbilidades asociadas, se elevaría a 38% de todas las hospitalizaciones. Lo mismo sucede con la mortalidad por alcoholismo, que constituye 7% si se considera como diagnóstico principal pero que se eleva a 53% si se tienen en cuenta las patologías asociadas.

La asociación entre muertes violentas e ingestión de alcohol es relevante. De los homicidios registrados entre 1981 y 1983, la proporción de personas con alcoholemia positiva fue de 48,6% (365 de 751). De los 862 suicidios registrados durante este período, 38,6% tenían una asociación con el consumo de alcohol.

Marco sociocultural

En general, la población manifiesta permisividad frente al hábito de beber, especialmente en los hombres. En los estratos socioeconómicos bajos existe tolerancia a la embriaguez y se empieza a beber a edad temprana. Algo similar sucede con el hábito de fumar, que comienza en la adolescencia y aumenta con la edad, especialmente en las mujeres.

Respecto a los psicofármacos, hay cierta indiferencia hacia los consumidores de marihuana; no así frente a los inhaladores de solventes volátiles y los usuarios de estimulantes, que causan gran preocupación.

Respuestas al uso indebido de drogas

La respuesta de la comunidad es muy variada, pero en general está orientada hacia su propia protección frente a los problemas de violencia relacionados con el abuso de drogas. Existe una serie de organizaciones religiosas que con alguna ayuda profesional han creado centros de atención y orientación de los toxicómanos.

Todas las carreras universitarias de ciencias de la salud incluyen en su programa de pregrado cursos relacionados con alcoholismo; sin embargo, parecen insuficientes, y más aun si se consideran las dependencias de otras sustancias psicoactivas.

El Centro de Estudios de Alcoholismo (CEA) y la Asociación Iberoamericana de Estudio de los Problemas del Alcohol (AIEPA) han desarrollado planes de tipo asistencial y académico.

El país es signatario de todas las convenciones de las Naciones Unidas relativas al tráfico y uso indebido de drogas. En relación al alcohol, existen normas que regulan los lugares de venta, los horarios y la edad mínima para consumir (21 años). El tabaco por su parte es vendido prácticamente sin restricciones, pero actualmente se cuenta con regulación en la publicidad. Está prohibida la venta de pagamentos con solventes orgánicos a menores de 15 años.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

Se ocupan de estas tareas tanto instituciones gubernamentales como no gubernamentales. Hay iniciativas interesantes que se han llevado a cabo en diferentes regiones del país. Sin embargo, no ha habido un claro enfrentamiento del problema en el aspecto preventivo.

Investigación

La investigación epidemiológica del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ha sido muy abundante en los últimos 10 años, gracias al impulso de algunas instituciones universitarias nacionales e internacionales. El mayor problema ha sido la diferencia de parámetros usados, lo que hace difícil la comparación. La investigación clínica, por su parte, se ha centrado en su gran mayoría en la aplicación de escalas autoadministradas (CAGE, MAST, etc.).

Educación y capacitación

Considerando las iniciativas existentes, como la capacitación de los médicos generales por el Ministerio de Salud y algunos programas universitarios de posgrado, el problema principal es la falta de coordinación de estas instituciones.

COLOMBIA

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En 1987, la producción de alcohol y bebidas alcohólicas fue de 120 millones de botellas de aguardiente, 30 millones de botellas de otros licores y 1 600 millones de botellas de cerveza. No se informa la producción clandestina de licores.

La producción, distribución y consumo de psicofármacos está estrictamente vigilada por la Comisión Revisora de Medicamentos. La lista incluye estupefacientes, analgésicos especiales, barbitúricos, anfetaminas, anoréxicos y similares, tranquilizantes e hipnóticos no barbitúricos.

La importación de drogas y medicamentos solo puede hacerla el Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud, o a través de este. Para tal efecto existe una legislación, que abarca también lo concerniente a distribuidores mayoristas y minoristas. El expendio al público de este tipo de productos está asimismo debidamente regulado.

Según información de la Sección de Salud Mental de la Seccional de Salud de Antioquia, la única forma de desviación de los canales lícitos de expendio de psicofármacos es a través del contrabando desde otros países.

Consumo

Con excepción de los tranquilizantes, todas las sustancias psicoactivas presentan una probabilidad de consumo mayor en el hombre que en la mujer, con diferencias altamente significativas.

Los tranquilizantes, junto con el alcohol y el tabaco, configuran la trilogía de sustancias cuyo consumo es aceptado socialmente. En un estudio realizado en 1987 (Torres, Y. y Murrelle, L.) se encontraron las siguientes prevalencias de consumo por 1 000 habitantes para estas tres sustancias: alcohol, 560; tabaco, 297, y tranquilizantes, 60. El consumo de cocaína ha sido desplazado por el de la basuca, que a su vez presenta un exceso de riesgo para su consumo de 3,3 en el caso de los hombres. La marihuana sigue ocupando el primer lugar entre las sustancias ilegales; la consumen 19 de cada 1 000 hombres y 3 de cada 1 000 mujeres.

En la zona urbana, 81 246 personas consumen basuca, y de ellas 19 359 son mujeres, en su mayoría en edad reproductiva. La marihuana es consumida por 136 944 personas residentes en zonas urbanas de Colombia, y otras 31 207 consumen cocaína.

Las bebidas alcohólicas son consumidas por 1 432 578 mujeres y un total de 7 047 495 individuos. El alcoholismo como tal se estima que afecta a 854 038 hombres y 141 947 mujeres. Por cada 1 000 hombres hay 104 alcohólicos y por cada 1 000 mujeres, 8 alcohólicas.

En la determinación de los grupos de alto riesgo se puede decir que el pertenecer al sexo masculino aumenta la posibilidad de consumo de sustancias psicoactivas, con excepción de los tranquilizantes. En los hombres, el grupo de edad de mayor riesgo es el de 20 a 24 años, y para el sexo femenino es el de 16 a 19 años. La clase socioeconómica alta presenta las mayores prevalencias de consumo de cocaína y marihuana en el sexo masculino. Para la basuca, el mayor consumo se da en la clase baja.

Indicadores de salud

Del total de consultas psiquiátricas, 0,43% son por causas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas.

No se conoce con exactitud qué porcentaje de las 5 605 camas psiquiátricas que existen en el país se dedican a la atención de drogadictos.

Un fenómeno que llama la atención es la fuerte asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el intento de suicidio, en especial para el sexo femenino. La mayor fuerza de asociación corresponde a la basuca.

Marco sociocultural

Las drogas legales son aceptadas por la comunidad tanto en lo relativo al comercio como al consumo. Para el consumo de alcohol en exceso existe un rechazo social, pero no para el consumo "social". El consumo de tranquilizantes también está aceptado socialmente. Comienza a desarrollarse una condena de los fumadores que lo hacen en sitios de reunión cerrados.

La mayor parte de la población está en contra del libre comercio de sustancias que producen dependencia. Solo 4% de los colombianos está a favor del comercio libre de la marihuana y 2,5%, del de la basuca y la cocaína.

Respuestas a los problemas del uso indebido de drogas

En fechas recientes se han constituido fundaciones y corporaciones tales como la Corporación Colombiana contra el Alcoholismo y la Farmacodependencia SURGIR, que se inició en Medellín y se ha extendido a otras ciudades.

En Bogotá existen cuatro centros de Alcohólicos Anónimos que trabajan en la prevención, asesoría, intervención y tratamiento del alcoholismo a través de grupos de autoayuda.

En una consulta específica hecha a los médicos de algunas ciudades del país, 57% respondió que la farmacodependencia es un vicio, 20% dijo que era una enfermedad y el resto dio respuestas ambiguas. El alcoholismo fue conceptualizado como vicio "de origen social" por 38% de los consultados, y 51% lo describió como enfermedad.

No se conoce ninguna asociación profesional relacionada con la farmacodependencia. Existen grupos de profesiones diversas que se han dedicado a la atención del problema y en algunos casos pueden llegar a influir en las decisiones políticas.

La Ley 30 de 1986 es el Plan Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la Farmacodependencia.

Las medidas de control relacionadas con las bebidas alcohólicas y los cigarrillos se contemplan en varias leyes.

El país es signatario de la Convención Única sobre Estupefacientes, de la Convención sobre Sustancias Psicoactivas y del Acuerdo Sudamericano de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes. También ha establecido convenios bilaterales con países vecinos.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El organismo ejecutor del Plan Nacional es el Ministerio de Salud, a través de los 14 servicios estatales de farmacodependencia y alcoholismo, los cuales funcionan dentro de hospitales.

Ocho instituciones privadas vinculadas y otras muchas no vinculadas ofrecen servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación. La Seguridad Social también ofrece servicios para tratar el alcoholismo y la farmacodependencia.

Prevención

El Instituto de Bienestar Familiar está preparando agentes educativos en prevención. El Ministerio de Educación dicta seminarios a los profesores sobre aspectos de la prevención primaria del alcoholismo y la farmacodependencia. Asimismo, se hacen esfuerzos para educar a grupos de padres de familia y a líderes comunitarios con objeto de que puedan colaborar en la prevención.

Existe asimismo un directorio de entidades de prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia.

Investigación

La Universidad de Antioquia, a través de la Facultad Nacional de Salud Pública, ha sido la principal institución investigadora en el campo de la epidemiología del alcoholismo y la farmacodependencia.

La Facultad de Medicina de la misma Universidad tiene una línea de investigación clínica de gran importancia en el campo de los efectos del consumo de basuca.

La Universidad del Valle, el Hospital Mental de Antioquia, el Ministerio de Salud, las Seccionales de Salud de Antioquia y de Caldas y el Ministerio de Educación han realizado investigaciones en el campo de la drogadicción.

Educación y capacitación

El Ministerio de Salud Pública ofrece seminarios y cursos sobre diferentes temas relacionados con las drogas a diferentes grupos de profesionales de salud. El Hospital Mental de Antioquia imparte cursos orientados a capacitar equipos polivalentes en el campo del tratamiento. También ha dictado talleres nacionales sobre el uso de instrumentos clínicos aplicados al estudio del alcoholismo y la farmacodependencia. La Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín dicta el curso de epidemiología aplicada a la farmacodependencia, orientado a formar investigadores en este campo. En la mayoría de las facultades de las ciencias de la salud hay deficiencia en la formación de los profesionales que deberán enfrentarse al tratamiento de este grave problema.

COSTA RICA

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

Se producen alcoholes destilados y fermentados. Entre los primeros se pueden mencionar el aguardiente (denominado guaro), licores corrientes (ron, vodka, ginebra) y licores finos (whisky y esencias o cremas). Entre los segundos encontramos las cervezas y vinos.

A partir de 1971 se incrementó la producción de licores corrientes y a partir de 1976 la de licores finos. En 1984 hubo la mayor producción de destilados: 11 551 390 l. La mayor producción de cervezas se presentó en 1987, con un total de 211 301 700 botellas.

Hasta 1986 se importaron entre 3 y 5 millones de litros de destilados, cifra que a partir de aquella fecha disminuyó en un promedio de un millón de litros. En relación con la producción de licor clandestino (chirrite o guaro de contrabando) entre 1973 y 1977 se detectó un total de 1 992 fábricas clandestinas y se decomisó un total de 1 175 225 l de estos licores.

Son varias las leyes que imponen tributos a las bebidas alcohólicas, medidas que se han tomado no como prevención del problema del alcoholismo sino para resolver deficiencias fiscales.

En el período de 1984 a 1985 se produjeron 2,3 millones de kilos de tabaco para cigarrillos, lo que representa un incremento de 24% con respecto al anterior bienio. En 1983 se importaron 181 845 kg, con un predominio de 98% de tabaco bruto.

En el país se producen hipnóticos, barbitúricos y ansiolíticos. Tanto su producción como importación están reglamentadas por el Gobierno. No hay datos disponibles de la producción ni de la importación ilegal o clandestina de psicofármacos. Los requisitos de despacho incluyen la receta médica, el registro de médicos, odontólogos y veterinarios autorizados para su prescripción, y el uso de talonarios oficiales. Con respecto a la reglamentación que se aplica a los sitios de venta de psicofármacos, existe una extensa legislación vigente. Se han detectado algunos casos de recetas falsificadas o adulteradas.

Consumo

En 1987 los datos de ingestión per cápita de alcohol absoluto, según el tipo de bebida, indicaban que la cerveza era el producto de mayor consumo (1,7 l), seguido por el aguardiente y los licores corrientes (1,2 l).

La tendencia observada desde 1980 hasta la fecha ha sido un consumo per cápita estable de alcohol absoluto en la población mayor de 15 años, a pesar de un aumento de 57,5% en el consumo de cerveza para el período comprendido entre 1980 y 1987.

No existe información con respecto al consumo de tabaco. Por otra parte, basándose en los datos de salidas de almacén de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y de la importación de diazepam, se observa una clara tendencia al aumento en el consumo de psicotrópicos en el último año.

En 1987, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) realizó un estudio de prevalencia del consumo de drogas en una muestra de 2 083 sujetos. El 3,5% de la población estudiada había consumido drogas al menos una vez en su vida; 37,6% de los consumidores usaba droga en forma regular y 20% casi a diario. La sustancia consumida con mayor frecuencia fue la marihuana (91,4%), seguida por los solventes, tranquilizantes y alucinógenos (8,5% cada una) y la cocaína (5,7%).

El 73% de la población que consume drogas también consume tabaco y 81%, alcohol. De los no consumidores de sustancias ilícitas, 19,9% consume tabaco y 34,2%, alcohol. El 58% de los consumidores se ubica en el grupo de edad de 20 a 29 años, lo que los coloca en la condición de mayor riesgo. Otro estudio del IAFA mostró que en una población marginal de individuos de 7 a 18 años de edad, 12% inhalaban pegamento industrial; la edad de inicio en esa práctica era de 10 años, y se observó que con frecuencia más adelante consumían marihuana.

Indicadores de salud

El IAFA mantiene registros sobre el número de personas que solicitan tratamiento por problemas de alcoholismo y por el uso indebido de drogas, particularmente en el Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y en el servicio de consulta externa. La CCSS, institución que centraliza los servicios hospitalarios y de clínicas de consulta externa a lo largo del país, no mantiene un registro específico de estos casos.

El Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos informó de un total de 1 737 egresos durante 1987; el promedio de días de hospitalización fue de 12,8. El 34,1% de los casos tenían entre 35 y 44 años de edad y 62,5% oscilaban entre 35 y 54 años. En 1986 se registró un total de 2 166 egresos por alcoholismo de los hospitales de la CCSS, lo que corresponde a 0,7% del total de egresos. De estos pacientes, 1 250 tuvieron un diagnóstico de síndrome de dependencia del alcohol, 302 padecían psicosis alcohólica y 247, cirrosis hepática alcohólica.

En relación con la drogadicción, los datos de la CCSS para la misma fecha mencionan 130 egresos por esa causa, 50 de los cuales presentaron psicosis, 45 abuso sin dependencia y 35 dependencia física a drogas.

Por otra parte, sobre un total de 927 644 consultas de urgencia en el año 1987, 120 594 (13,0%) se relacionaron con problemas secundarios al consumo de bebidas alcohólicas. En el período de 1981 a 1987 se registraron 119 435 accidentes de tránsito. De estos, 5% (6 003) se asoció a ebriedad del conductor. Se estima en un 30% el ausentismo laboral y los accidentes laborales que son causados por el alcoholismo.

La tasa de mortalidad por alcoholismo en 1986 fue de 4,7 por 1 000 habitantes (la mayor de la década). Las defunciones por homicidio y suicidio han aumentado en el curso de los años ochenta, pero no existen suficientes datos para relacionarlos con el consumo de drogas y alcohol.

Marco sociocultural

La actitud del costarricense hacia el comercio de las drogas legales es, en términos generales, de aceptación. El comercio de drogas ilícitas es rechazado de plano.

Han sido observadas y descritas tres condiciones socioculturales: no hay una percepción definida del bebedor excesivo, ya que el término "alcohólico" se reserva para aquellos individuos que sufren las consecuencias últimas de la enfermedad; existe un cierto grado de permisividad social hacia la embriaguez, y las dos condiciones previas provocan un reconocimiento social tardío de la enfermedad y es difícil para el costarricense desligar los conceptos de vicio (abuso) *versus* enfermedad (dependencia).

La mayoría de los consumidores habituales provienen de familias desintegradas o débilmente constituidas, de condiciones socioeconómicas marginales que suelen incitar al abandono del hogar. Por otro lado, los consumidores inveterados, que a su vez son revendedores de droga, encuentran soporte en su familia, e incluso reciben ayuda en la preparación de los cigarrillos de marihuana por parte de familiares que pueden no ser consumidores. Parece deducirse que la familia costarricense no ejerce un control significativo orientado a impedir el consumo de drogas.

En la actualidad, los medios de comunicación han desplegado campañas divulgativas en relación con el narcotráfico, debido a que el país se ha visto afectado por ese problema en los últimos años. El público condena abiertamente el tráfico ilícito de drogas, su comercialización y distribución.

Respuestas al uso indebido de drogas

El IAFA, en su programa de prevención, mantiene un subprograma denominado "Organización y promoción comunitaria" con el propósito de organizar grupos juveniles y de adultos que, orientados por el trabajador primario de salud, elaboren y desarrollen proyectos preventivos y de canalización de casos detectados hacia la infraestructura de salud de la comunidad o al mismo IAFA.

Los profesionales de la salud ven el problema de las drogas con gran preocupación, pero se requiere mayor capacitación en este campo. Conceptualmente se considera el alcoholismo y la farmacodependencia como enfermedades, pero la actitud manifiesta ante el paciente es de rechazo. Diferentes organizaciones e instituciones realizan foros científicos, seminarios, mesas redondas y conferencias sobre el tema. El IAFA ofrece cursos de capacitación para profesionales médicos y paramédicos, para lo que cuenta con una división creada con ese objetivo.

Se ha logrado mucho en términos de legislación en la materia, se han creado entes coordinadores al más alto nivel y se ha otorgado al IAFA la potestad y responsabilidad de normalizar, regular y coordinar las actividades relacionadas con los problemas del alcohol y las drogas en el país. La atención de los pacientes depende en gran parte del IAFA, conjuntamente con la CCSS.

Existe una extensa reglamentación para el expendio de bebidas alcohólicas. En relación con el cigarrillo, en los últimos años se han introducido algunas medidas de control en su venta y su consumo en lugares públicos.

Recientemente se creó la Comisión Nacional de Narcotráfico con el propósito de realizar investigaciones sobre todos los aspectos relacionados con este problema.

Finalmente, el Consejo Nacional de Drogas (CONADRO) congrega a los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Gobernación, Justicia, Seguridad y al IAFA con el objetivo de ofrecer a la comunidad nacional un frente común, sistemático y coherente en cuanto a la prevención, educación, investigación, represión, tratamiento y rehabilitación. El IAFA ha presentado al seno de CONADRO el "Plan Nacional de Integración en Farmacodependencia" como respuesta a la problemática que se percibe en estos momentos.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

La CCSS y el IAFA cuentan con clínicas y hospitales para la atención de pacientes alcohólicos y drogadictos. El IAFA es la institución directamente financiada por el Gobierno para que desarrolle programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Además, muchas comunidades se han organizado para crear sistemas de atención, algunos bajo la supervisión y subvención del IAFA, otros contando únicamente con su asesoría y autorización. El Ejército de Salvación, organización privada transnacional, cuenta con centros de tratamiento en diversas localidades del país. Asimismo, en casi todas las ciudades existen grupos de Alcohólicos Anónimos, que cumplen una función importante en el proceso de recuperación.

Para la atención del drogadicto se cuenta, además de la infraestructura descrita, con la colaboración de los Hogares CREA, dedicados concretamente a la rehabilitación del adicto varón, y del Refugio de la Esperanza, del Ejército de Salvación, creado inicialmente para el tratamiento de alcohólicos pero actualmente dedicado a los farmacodependientes.

Investigación

Las investigaciones sobre abuso de drogas en Costa Rica son relativamente recientes. Se han orientado de acuerdo con las necesidades de los organismos que las han desarrollado. Algunas de las investigaciones que el IAFA ha realizado en los últimos años son esfuerzos internacionales, patrocinados por la OMS; tal es el caso de los estudios sobre la identificación y tratamiento temprano en sujetos con excesivo consumo de alcohol; medios de comunicación y promoción de la salud y adaptación de instrumentos clínicos (ASI, MAST, CAGE) al medio costarricense. No hay una institución del Gobierno que financie la investigación. El IAFA es, por ley, el organismo encargado de orientar y supervisar los estudios en el campo del alcoholismo y la farmacodependencia.

Educación y capacitación

La capacitación formal ofrecida por las universidades a los futuros profesionales de salud no es adecuada en lo que respecta a la drogadicción. Desde 1984 el IAFA brinda cursos intensivos sobre alcohol y alcoholismo, y en la actualidad sobre farmacodependencia, en las Facultades de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Educación. Asimismo, ofrece jornadas de estudio, conferencias y cursos de corta duración a funcionarios del Sistema Nacional de Salud y a los diversos ministerios e instituciones privadas que lo soliciten. Se han realizado coordinaciones con el Ministerio de Educación para que funcionarios adiestrados del IAFA ofrezcan asesoría y consultoría a los educadores del país en este campo.

En Costa Rica el médico no es el principal profesional de salud que responde a los problemas de las drogas. Se ha procurado que todos los profesionales en el área social reciban una capacitación básica y respondan a las necesidades en forma equilibrada. Los promotores de salud del IAFA realizan la labor de educación comunitaria y organizan grupos específicos para que desarrollen proyectos y actividades de prevención primaria.

ECUADOR

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En el país se produce principalmente alcohol y tabaco; no hay producción de psicofármacos. Sin embargo, recientemente ha aumentado en importancia la elaboración de pasta básica de cocaína y de clorhidrato de cocaína.

En 1982 se produjeron 1 880 000 000 de cigarrillos, equivalentes a 94 000 000 de paquetes. La producción de alcohol en 1987 alcanzó 70 000 000 de litros, de la cual una parte fue exportada a la región andina. Se calcula que la producción clandestina de alcohol triplica la controlada. Esta producción se destina casi en su totalidad al consumo interno.

Los psicofármacos son importados prácticamente en su totalidad, sea en materia prima para envasarse (en laboratorios establecidos según legislación del Instituto de Higiene) o como producto final, siguiendo los convenios internacionales. Solo se ha detectado la producción clandestina de metadona.

Entre 1985 y 1988, la producción de clorhidrato de cocaína osciló entre 300 y 1 000 kg.

Los requisitos para el despacho de psicofármacos incluyen las recetas especiales para estupefacientes. Los psicotrópicos no requieren receta especial.

Consumo

En 1985 se llevó a cabo una investigación nacional sobre la prevalencia del alcoholismo en que se determinó que el consumo per cápita de alcohol absoluto en la población general del Ecuador era de aproximadamente 3,2 l por año. Esta cifra se elevó a 13,9 l en los alcohólicos. Además, en este estudio se observó que el "beber patológico" estaba asociado a las zonas de producción vitivinícolas (15 l per cápita y 10% de alcoholismo en la Sierra contra 7 l y 1% en el oriente). El grupo en el que se encontraron más alcohólicos era el de 35 a 45 años de edad. La razón hombre/mujer para esta patología fue de 9/1. La tasa de "no bebedores" en el país alcanzó 23,6%, con predominio del sexo femenino.

Según una encuesta de la Procuraduría del Estado en colegiales realizada en 1984, 50% consumía alcohol o tabaco. Estos muchachos tendían a empezar el consumo entre los 13 a 16 años, pero 20% de la muestra había comenzado antes de los 12 años.

En una serie de investigaciones llevadas a cabo por la División de Salud Mental en colegiales de Quito entre 1979 y 1984, se encontró un cambio en la tasa de consumo de sustancias ilícitas en este grupo. En 1979, 13,1% de los encuestados confesaron ser "consumidores", en 1982 esta cifra subió a 16,1% y en 1984 la prevalencia global de consumo bajó a 11%.

Indicadores de salud

En 1987, en todos los centros donde se asiste a los pacientes farmacodependientes se atendieron 1 259 personas con dicha patología, de las cuales 34,8% eran consumidores de *Cannabis*, 40,8% de cocaína y sus derivados, 1,7% de sustancias psicotrópicas, 1,5% de inhalantes y 21,1% no indicaron la sustancia de abuso.

No se cuenta con estadísticas sobre la atención a drogadictos en los servicios de urgencias. Los hospitales psiquiátricos destinan entre 5 y 10% de sus camas al problema. Hasta 30% de los accidentes de tránsito está relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas. En los tres primeros meses de 1981, los accidentes causados por conductores bajo los efectos de drogas en la provincia de Pichincha sumaron 158; en 58% de dichos accidentes hubo muertes.

En el caso del tabaco se ha visto un aumento en las tasas de enfermedades asociadas a su consumo.

No se ha estudiado la relación entre el SIDA y el uso de drogas. No obstante, el consumo de drogas por vía intravenosa es muy infrecuente en el país.

Marco sociocultural

Según encuestas realizadas en la población, hay un amplio rechazo al consumo de drogas ilegales en el país.

En cuanto a las drogas legales, como el alcohol, su comercio y consumo tienen amplia libertad, incluso no existe reglamentación de edad para su expendio. Lo mismo sucede para el cigarrillo; sin embargo, últimamente se han visto aparecer algunos mecanismos de control. En cuanto a los psicotrópicos hay una preocupante falta de cumplimiento del uso de receta médica.

Respuestas al uso indebido de drogas

Dentro de la comunidad existen numerosos grupos de apoyo, algunos de orientación religiosa y otros netamente comunitarios o internacionales, como Alcohólicos Anónimos.

El concepto de alcoholismo como enfermedad ha ganado terreno entre los profesionales de la salud. Este tema se incluye en los estudios de estas carreras. Existen algunas organizaciones de carácter científico preocupadas por el problema, aunque no tienen una real ingerencia en las políticas de salud.

Existe una legislación que regula el tráfico de estupefacientes y controla el consumo de algunos productos. Además, el Gobierno se ha hecho cargo en gran parte del tratamiento y la rehabilitación social del paciente farmacodependiente, coordina planes de prevención y dicta las políticas en la materia. Actualmente está en marcha el Plan Nacional de Control del Tráfico Ilícito y Prevención del Uso Indebido de Drogas. El país es signatario de ambas convenciones internacionales de 1961 y 1971 y del Acuerdo Sudamericano de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El Ministerio de Salud es el principal agente encargado de la atención de salud de los toxicómanos. Se reciben algunas aportaciones internacionales pero los costos principales los afronta el Gobierno.

Las instalaciones donde se realiza la atención están localizadas en los hospitales psiquiátricos, además de las unidades ambulatorias.

Prevención

Una serie de instituciones estatales participan en los programas de prevención. Estos programas incluyen un nivel educativo con la participación de profesores, guías de orientación y también la capacitación de educadores sociales.

Investigación

La investigación está financiada principalmente por instituciones internacionales. Los instrumentos utilizados en la investigación epidemiológica del abuso de drogas han sido tomados de los que recomiendan las Naciones Unidas.

Educación y capacitación

Hay cursos coordinados entre las facultades de medicina y el Ministerio de Salud que capacitan a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales. No existen cursos de posgrado en las universidades, pero se incluye el tema de las toxicomanías en pregrado de las carreras de ciencias de la salud.

EL SALVADOR

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

La producción y comercialización de sustancias psicoactivas están controladas por el Gobierno, a través del Consejo Superior de Salud Pública, pero este organismo carece de recursos y personal para efectuar un control mínimo. El Ministerio de Hacienda, mediante la Administración de Rentas, controla la producción y comercialización del alcohol y tabaco, pero al igual que el anterior, no cuenta con los recursos necesarios para evaluar la comercialización al por menor.

En 1985 se produjeron 6 188 000 l de alcohol. Desde 1982 hasta esta fecha la producción de alcohol se mantuvo estable.

La elaboración de los psicofármacos está a cargo de la empresa privada, y el Gobierno fiscaliza en parte su producción. Existe producción e importación clandestinas de sustancias psicoactivas. La producción y comercialización de estas sustancias están controladas por el Gobierno; sin embargo, este control ha sido inoperante por falta de recursos.

Existe un recetario especial para estupefacientes que se entrega a los médicos previa solicitud bajo medidas estrictas contempladas en el Reglamento de Estupefacientes de 1962. Sin embargo, se conoce que hay contrabando y se expenden medicamentos de cualquier tipo a cualquier persona.

Consumo

No hay datos fidedignos sobre el consumo de alcohol, tabaco y psicotrópicos en el último año, pero los indicadores económicos de los años 1978 a 1985 refieren que dicho consumo ha ido en aumento.

Indicadores de salud

No existen estadísticas sobre el número de personas que reciben o solicitan tratamiento por uso indebido de drogas. Tampoco se conoce la prevalencia de uso de drogas ilícitas en los pacientes psiquiátricos. No existe una asignación porcentual de camas a farmacodependencia en los hospitales psiquiátricos.

Un estudio de la población carcelaria mostró que 52,5% de las mujeres y 42,1% de los varones consumían drogas. Se observó también un problema de alcoholismo en 30% de las mujeres y en 20,3% de los hombres. No se especificaron las sustancias individuales ni los criterios de diagnóstico para el alcoholismo que se utilizaron en el estudio mencionado.

Los accidentes de tránsito se encuentran entre las 10 primeras causas de muerte en el país, pero no se ha estudiado específicamente su relación con el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Se han detectado 32 casos de SIDA, de los cuales únicamente dos usaban drogas por vía intravenosa.

Respuestas a los problemas del uso indebido de drogas

No existen organizaciones comunitarias específicas para enfrentar el problema; la tendencia en la población es acudir al médico o al farmacéutico, dependiendo del estrato social.

Los médicos y otros profesionales de salud en El Salvador ven el fenómeno de las drogas como un problema de salud que va en aumento. La farmacodependencia y alcoholismo son consideradas como enfermedades. Los profesionales no comparten criterios de la comunidad en cuanto a actitudes y tradiciones. No existe en el país una "cultura de la droga".

Se dispone de leyes y artículos específicos a través del Código de Salud de marzo de 1988 y del Código Civil del país. El Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública es el encargado de la problemática de las drogas. En la actualidad no existen planes nacionales que tengan como objetivo la coordinación entre diferentes instituciones, sean de naturaleza gubernamental u otra.

No hay disposiciones que controlen el número de establecimientos de expendio de tabaco o alcohol. Existen medidas de control de la propaganda de bebidas alcohólicas y tabaco.

El país es signatario de las dos convenciones internacionales sobre estupefacientes y psicotrópicos de 1961 y 1971.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

No hay previsiones ni fondos para el tratamiento de problemas relacionados con las drogas. No hay instalaciones dedicadas a tal efecto; solo se cuenta con el Hospital Psiquiátrico, en la periferia de la capital. No existen programas de rehabilitación ni estrategias de prevención primaria, ni forma alguna de investigación evaluativa.

Investigación

En el país no existen mecanismos de financiamiento para el desarrollo de la investigación. No se citan investigaciones sobre el tema.

Educación y capacitación

Las instituciones educativas que capacitan a profesionales en salud no están coordinadas en forma adecuada, no tienen objetivos comunes y, en la mayoría de los casos, la enseñanza sobre drogas se reduce a unas pocas horas.

En la Facultad de Medicina no hay cursos que preparen al futuro profesional para responder a los problemas de las drogas y para atender a pacientes farmacodependientes. No hay capacitación de posgrado en el campo de la farmacodependencia.

El médico psiquiatra, formado en el extranjero, es el único profesional que puede enfrentar los problemas de dependencia de drogas.

GUATEMALA

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En el país se produce cerveza y vino. La tendencia ha sido al aumento moderado de la producción. En 1987, se produjeron 16 095 563 l de alcohol absoluto y en 1986, 14 386 587 l, lo que significa un incremento de 11% en un año.

La importación y exportación de alcohol no son importantes para el país. Solamente se importaron 307 942 l de bebidas destiladas y 247 342 l de whisky en 1985. Vale la pena destacar la importancia de la producción de cerveza (97 454 216 l).

La producción y venta de tabaco en 1987 fue de 10 001 204 paquetes (de 20 cigarrillos). La exportación de tabaco en 1987 fue de 2,8 millones de kg de tabaco en rama y 1,2 millones de kg de picadura de tabaco.

En Guatemala se importa la materia prima para la fabricación de psicotrópicos y estupefacientes (meprobamato, fenobarbital, petidina, morfina y codeína). La industria de sustancias psicoactivas, así como la del alcohol y tabaco, son actividades privadas y responden al mercado libre. Para la importación existe un reglamento en vigencia. Se desconoce el nivel de producción clandestina de sustancias psicoactivas; se cree que no existe.

Los medicamentos que contienen estupefacientes y algunos psicotrópicos, como el flunitrazepam, metilfenidato, fenitilina, secobarbital y pentobarbital, son sustancias controladas. Su prescripción se hace por medio de talonario registrado en la Dirección General de Servicios de Salud. Se ha detectado falsificación de recetas y contrabando, y hay frecuentemente decomisos. Los decomisos durante 1987 fueron los siguientes: 2 519 g de cocaína, 16 libras de *Cannabis*, 108 plantas de resina de *Cannabis* y 84 "unidades" de estimulantes. Últimamente se detectó el cultivo de amapola y *Cannabis*.

Solamente los establecimientos registrados y autorizados pueden fabricar o distribuir psicofármacos.

Consumo

El consumo de sustancias psicoactivas legales no ha sido de gran importancia. Al parecer, la imposición de control sobre estas ha sido una medida eficaz. Sin embargo, se ha observado un aumento en el consumo de diazepam y triazolam, medicamentos que se venden sin receta médica. Por lo anterior, la cuantificación del consumo resulta difícil de obtener.

El uso de inhalantes está muy extendido en niños de 9 años y más, especialmente en barrios marginales urbanos. No es posible controlar el uso de marihuana y cocaína.

En relación con el consumo de tabaco, en un estudio llevado a cabo en 1982 por la Dirección de Servicios de Salud en una muestra de 2 403 individuos, se observaron tasas mayores en el sexo masculino. El grupo con la mayor prevalencia de consumo fue, para los hombres, el de 30 a 34 años, con 62,9%, y para las mujeres, el de 25 a 29 años, con 44,8%.

Indicadores de salud

No existen estadísticas confiables de pacientes que solicitan o reciben tratamiento por problemas relacionados con drogas, o que consultan a los servicios de emergencias por el uso indebido de las mismas.

En el Hospital Psiquiátrico existe tratamiento específico para los casos de abuso de drogas, pero los pacientes atendidos son muy pocos. No se conoce la prevalencia del uso de drogas en la población de pacientes psiquiátricos; se estima que tampoco es muy elevada.

En relación con los accidentes de tránsito, en el año 1986 el uso de alcohol estuvo presente en aproximadamente 50% de los 430 accidentes. Se desconoce la asociación con el consumo de otras drogas.

El alcoholismo no es considerado como una enfermedad en términos generales, de modo que existe un subregistro importante en las cifras de prevalencia.

Se han detectado 32 casos de SIDA, de los cuales dos se relacionan con el uso de drogas por vía intravenosa, poco usual en el país.

Marco sociocultural

La actitud general de la población es de repudio hacia las sustancias ilegales, excepto la marihuana, que cuenta con aceptación en algunos círculos de jóvenes estudiantes. Hay variaciones regionales al respecto. Por ejemplo, la marihuana, cocaína e inhalantes son un problema netamente urbano. El alcohol y el tabaco son aceptados por la población.

Respuestas a los problemas del uso indebido de drogas

En Guatemala hay cerca de 750 grupos de Alcohólicos Anónimos, 450 de los cuales se ubican en la capital. Los grupos de Alanon empiezan a formarse, así como una organización similar a Narcóticos Anónimos. En las zonas rurales se recurre a "curanderos".

El profesional médico en general no se interesa por el alcoholismo o la farmacodependencia. Como consecuencia, se produce un subregistro del diagnóstico. Hay escasa información y una actitud de rechazo hacia el drogadicto.

En 1985 se fundó la Comisión Nacional para la Prevención del Abuso de Drogas y Alcohol, con una estructura multidisciplinaria y multisectorial.

Aunque todavía no ejerce una influencia importante, en el futuro podría constituir un ente capaz de movilizar recursos y promover acciones eficaces.

La respuesta gubernamental consiste básicamente en la legislación sobre la producción y venta de las sustancias. Sin embargo, ha sido inoperante dada la falta de recursos. Por ejemplo, la mayoría de los expendios de medicinas trabajan sin receta médica, exceptuando el control estricto de los estupefacientes y algunos psicotrópicos.

La Ley de Alcoholes regula la producción, comercialización e importación y exportación de las bebidas alcohólicas, pero en la práctica no es respetada. No hay limitación a la propaganda de bebidas alcohólicas y tabaco.

El país es signatario de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y de la Convención sobre Sustancias Psicoactivas de 1971.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El problema no ha recibido una atención adecuada en el país y no existen instituciones gubernamentales encargadas del mismo. Existen organizaciones privadas aisladas. Tampoco existe una estrategia de prevención primaria.

Investigación

Únicamente se han realizado algunas encuestas. No se dispone de financiamiento en este aspecto, ni de ninguna organización encargada. En conclusión, la investigación prácticamente no existe.

Educación y capacitación

Las principales instituciones involucradas son las del nivel universitario. Sin embargo, los temas de salud mental son escasamente tratados en el programa de la Facultad de Medicina. No hay cursos educativos de posgrado.

Hace dos años empezó a desarrollarse un programa de alcoholismo y drogadicción para capacitar a personal multidisciplinario del nivel de la atención primaria de salud en el diagnóstico y el tratamiento. Se ha dado énfasis al trabajo conjunto con Alcohólicos Anónimos.

HONDURAS

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

Las bebidas alcohólicas producidas en Honduras son la cerveza, el ron y el aguardiente. Los productos manufacturados del tabaco son los puros y los cigarrillos. La producción correspondiente a 1987 fue la siguiente: cigarrillos, 104 566 000 cajetillas de 20 unidades; cerveza, 153 352 000 botellas de 12 onzas; aguardiente, 1 683 000 litros, y ron, 4 220 000 litros.

En 1986 no hubo exportaciones de bebidas alcohólicas; las importaciones más importantes correspondieron a whisky, cerveza y vino. En relación con el tabaco, la exportación más importante fue la de tabaco en rama y los puros.

La producción clandestina de bebidas alcohólicas es bien conocida. En 1985 se realizó un estudio sobre las características de consumo de "pachanga" (alcohol metílico mezclado con agua).

En Honduras no se producen psicofármacos. Las casas farmacéuticas y los hospitales los importan con la autorización de la Junta de Control de Drogas del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido por las regulaciones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Para el despacho a particulares de preparados que contienen estupefacientes o psicotrópicos se requiere la receta médica firmada y sellada por el médico prescribiente. En el caso de medicamentos de control estricto, se exige una receta especial. Los talonarios se obtienen en la Junta de Control de Drogas; únicamente se extienden a médicos previa certificación de la documentación que los acredite como tales.

Se han detectado alrededor de 500 recetas falsificadas, casi en su totalidad por rohipnol, desde 1986 hasta la fecha. Asimismo, algunos psicofármacos ingresan al país por canales ilícitos; entre ellos el diazepam, fenobarbital, meprobamato, lorazepam y dobazam.

Consumo

En un estudio sobre el uso del alcohol y los problemas del alcoholismo en Honduras, efectuado en 1979, se encontró que la mayoría de los bebedores inició la bebida antes de los 15 años de edad; las mujeres lo hacían después de los 17.

En zonas rurales se consume preferentemente aguardiente y ron; en la zona urbana, cerveza. Existen muchos elementos de orden cultural que propician el consumo de bebidas alcohólicas, así como mitos relacionados con sus propiedades.

En un estudio presentado en 1987 sobre consumo de drogas en jóvenes de dos centros de rehabilitación se observó que 51% de los entrevistados había consumido alguna droga; la inhalación de pegamentos era la práctica más frecuente.

Indicadores de salud

En Honduras existen dos hospitales psiquiátricos, con un total de 330 camas. En el Hospital Santa Rosita existe una unidad para alcohólicos con 60 camas.

El síndrome de dependencia del alcohol se ubicó en séptimo y sexto lugar entre los diagnósticos de egreso hospitalario en 1984 y 1985, respectivamente. En 1985 dicho diagnóstico ocupó el segundo lugar en los egresos de los hospitales psiquiátricos, con 18,8%; los problemas de drogas ocuparon el noveno lugar, con 1,8%.

En 1986 el síndrome de dependencia alcohólica ocupó la primera casilla en los egresos del Hospital Santa Rosita, con 60,4%; la psicosis alcohólica estuvo en la tercera, con 4,7%.

En 1987, en el Distrito Central, con una población de 700 000 habitantes, hubo 1 530 accidentes de tránsito, de los cuales 175 se relacionaron con la ingestión de bebidas alcohólicas. En estos últimos, 64 personas perdieron la vida.

Marco sociocultural

Existe aceptación social hacia el fumador. El consumo de bebidas alcohólicas también es aceptado socialmente, pero con algunas limitaciones en cuanto a horario de bebida, cantidad ingerida, ocasiones para beber, etc.

Tampoco se condena la venta ilícita de psicofármacos. En las zonas rurales y en las zonas marginales urbanas hay un mayor desconocimiento sobre las sustancias psicoactivas, así como un menor control.

Se rechaza el consumo de otras drogas, como la marihuana, la cocaína, etc. En cuanto a los inhalantes, sucede un fenómeno particular, ya que los consumidores lo hacen frecuentemente a la vista de personas en la comunidad, sin que estas tomen acciones o se perciba la importancia del caso.

Existe conciencia en cuanto a la dependencia de fármacos, pero se desconoce la trascendencia real y las dimensiones de la misma.

Respuestas al uso indebido de drogas

La tendencia es buscar la solución a los problemas de drogadicción dentro de la familia o con los amigos cercanos. Ante una situación insostenible se busca otro tipo de ayuda, no necesariamente profesional. Frente a un problema de drogadicción ajeno, la actitud es de indiferencia.

Entre las organizaciones comunitarias de apoyo se encuentran el Comité de Defensa de la Salud del Pueblo y el Comité Sanpedrano Pro-Salud Mental.

Es posible que se busque ayuda profesional más frecuentemente entre las clases sociales más altas o con mayor nivel educativo. El "curandero" cumple una función importante en las clases sociales bajas, con poca educación y en zonas rurales.

Los profesionales de la salud consideran que la farmacodependencia es un problema importante. La mayoría opinan que el alcoholismo y la farmacodependencia son enfermedades.

Las organizaciones profesionales existentes no congregan a quienes están interesados en los problemas de la farmacodependencia o a quienes trabajan en este campo.

Las organizaciones relacionadas con las drogas son de tipo privado, y podrán influir en forma directa en las políticas sobre farmacodependencia a través del Comité Nacional de Salud Mental (CONASAM), el cual está en etapa de organización y planificación. Este comité tiene relación directa con la División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. Dichas organizaciones trabajan únicamente en la rehabilitación y prevención de la drogadicción y no tienen poder regulatorio.

Existen la Ley Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras Drogas Peligrosas y la Ley del Instituto Hondureño para la Prevención y Tratamiento del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia.

La institución que se ocupa de los problemas de las drogas es la División de Salud Mental del Ministerio de Salud, a través del Instituto Hondureño para la Prevención y Tratamiento del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia.

En 1987 se creó el CONASAM, integrado por representantes de diferentes ministerios e instituciones privadas; su objetivo es el diseño y ejecución de planes nacionales para la lucha contra las drogas.

El aguardiente es la única bebida alcohólica que está sujeta a regulaciones especiales para su venta. Para la venta del tabaco no existe ninguna limitación.

No hay una edad legal para beber. La regulación de horario se limita únicamente a expendios y no siempre se cumple. No se controla la propaganda.

Honduras es signatario de las convenciones internacionales de 1961 y 1971. No así del Acuerdo Sudamericano de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

La planificación y organización del tratamiento de los problemas de farmacodependencia se hacen basándose en los datos de morbilidad que se obtienen de los diferentes centros de atención en el país, así como en las políticas de salud que permiten dar respuestas a este tipo de problemas.

La División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública ejerce su acción en los diferentes niveles de atención. También existen instituciones privadas religiosas que no tienen fines lucrativos. Existen mecanismos de remisión e interconsultas en forma ascendente y descendente. En las instituciones del Gobierno, el tratamiento es brindado por médicos psiquiatras y médicos generales con capacitación psiquiátrica, así como por psicólogos.

No existen programas formales de reinserción social. No se han realizado investigaciones evaluativas; sin embargo, las desventajas más importantes son la cobertura de atención limitada a nivel nacional, la falta de una estructuración adecuada en la rehabilitación y la ausencia de programas centrales de reinserción social.

Prevención

Una medida importante hacia una prevención primaria más eficaz ha sido la creación del Instituto Hondureño para la Prevención y Tratamiento del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia. La adopción de leyes contra el tráfico ilícito de drogas, proyección comunitaria y capacitación de personal son pasos en la misma dirección.

El principal método de prevención es de tipo educativo. Está constituido por la impresión y distribución de carteles, folletos, programas de radio y charlas. Se dirige la atención particularmente a estudiantes de nivel secundario. Hasta la fecha, la responsabilidad de la prevención recae en la División de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Investigación

La investigación en materia de salud en Honduras se lleva a cabo fundamentalmente a través de dos instituciones, el Ministerio de Salud Pública y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

No hay presupuesto específico para la investigación en general, ni tampoco para la investigación en materia de drogas.

Se ha trabajado con población joven y su relación con el alcohol y las drogas. Algunas investigaciones se han articulado con otros países.

Las organizaciones encargadas de orientar o supervisar las investigaciones o propuestas de investigaciones son la Unidad de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud Pública y la Dirección de Investigación Científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Educación y capacitación

La única institución que brinda capacitación en la materia es la División de Salud Mental, a través de un programa de pregrado para estudiantes de medicina. También existe un programa dirigido a médicos graduados que trabajan en dispensarios de salud mental.

No es necesario tener educación de posgrado para tratar a los farmacodependientes en Honduras, ya que además de los psiquiatras existen médicos generales capacitados y psicólogos que tratan a estos pacientes.

MÉXICO

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

La industria de bebidas alcohólicas en México ha mostrado un desarrollo acelerado a partir de 1960, debido en parte a que las principales firmas controlan tanto los insumos básicos como la producción misma. El Gobierno no tiene participación económica en ella, excepto en la industria del pulque, a través del Patronato del Maguey; sin embargo, controla la distribución de algunas materias primas que se requieren para la producción, como el azúcar y el alcohol absoluto.

La industria cervecera es de las más importantes del país y una de las mayores del mundo. Algunas estimaciones indican que entre 1980 y 1984 las bebidas con contenido alcohólico menor (20° GL) se incrementaron en 2,9 millones de litros y las de contenido alcohólico mayor, en 10,5 millones de litros entre 1970 y 1984. La cerveza incrementó su producción entre 1973 y 1984 en 37 millones de litros.

Dadas las características del país, en cuanto a extensión y predominio de zonas rurales, la fabricación ilegal de bebidas alcohólicas y el contrabando son muy frecuentes y de muy difícil control.

La obtención, elaboración, fabricación, preparación, envasado, almacenamiento, importación, exportación, prescripción médica, posesión, transporte y consumo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas (con excepción de los solventes inhalables) solo pueden realizarse con fines médicos o de investigación, y deben contar con la autorización de la Secretaría de Salud. No obstante, en México se producen cantidades considerables de marihuana, heroína y opio en forma ilícita.

Los solventes industriales tienen una vastísima distribución, aunque su venta a menores de edad está prohibida y se exige que las etiquetas de los envases presenten advertencias sobre los riesgos para la salud que conlleva su consumo.

La superficie plantada de tabaco en 1984 era de aproximadamente 39 125 ha.

Existen recetas especiales para el despacho de estupefacientes y narcóticos. En el caso de los psicotrópicos se exige receta médica común, que solo puede ser utilizada una vez. Se detecta falsificación de recetas, pero se desconoce en qué cantidad. Los recetarios especiales son entregados en forma individual a los médicos registrados y autorizados para prescribir. En la receta debe incluirse el diagnóstico del paciente y la firma del médico tratante. Las muestras médicas que contengan estupefacientes o psicotrópicos han sido prohibidas.

Consumo

De acuerdo con las cifras de venta del mercado interno, en 1984 se calculó que el consumo per cápita en la población mayor de 15 años fue de 72 l de bebidas alcohólicas (5,4 l de alcohol absoluto). En 1974 esa cifra fue de 4,7 l. Además, debe considerarse que se da un subregistro al no estimarse el consumo de bebidas no fiscalizadas. El consumo del pulque se ha visto desplazado, sobre todo en el medio urbano, por la cerveza y los destilados. El brandy, el ron y el vino de mesa han mostrado incrementos importantes en su consumo.

Existen pruebas de que el alcohol absoluto se utiliza como bebida embriagante, mezclada con refrescos. Las encuestas de hogares indican cifras de consumo entre 1 y 6% de la población general, debido posiblemente a su bajo costo.

En 1986 se realizó un estudio en la población de enseñanza media y superior para conocer las tendencias del consumo de sustancias psicotrópicas en los últimos 10 años. De un total de 9 967 estudiantes encuestados, 12% había usado una o más drogas (incluyendo aquellos que dijeron haber consumido una vez en la vida, y excluyendo el uso de tabaco y alcohol). El uso diario de drogas osciló entre 0,1 y 0,3% de los encuestados. Los inhalantes constituyeron la droga de mayor prevalencia de consumo (4,4%), seguida por las anfetaminas (3,5%), la marihuana (3,2%), los tranquilizantes (2,5%), la cocaína (1,0%), los sedantes (0,9%), los alucinógenos (0,6%) y la heroína (0,5%).

Al comparar estas cifras con las obtenidas en 1976, se observa un aumento de 3,55 puntos en el consumo de inhalantes, de 1,6 en el de marihuana, de 0,5 en el de cocaína y de 0,22 en el de heroína. El consumo de tranquilizantes y alucinógenos disminuyó 0,1 y 0,3 puntos, respectivamente. La limitación mayor de este estudio es que se estimó que muchos de los consumidores de drogas no asistían a la escuela. Lo anterior se ve confirmado con un estudio que se hizo en menores que trabajaban en la vía pública, cuyos resultados indicaron que 27% había utilizado inhalantes alguna vez y 22% lo hacía diariamente.

La Encuesta Nacional de Salud realizada en 1987 señala que 17% de la población mayor de 12 años fuma tabaco. De estos, 16% consume media cajetilla de cigarrillos o más al día; 68,6% fuma entre 1 y 10 cigarrillos diarios, y 14,8% desconoce el número de cigarrillos consumidos.

Indicadores de salud

La tasa de cirrosis hepática observada en México es una de las más altas de la Región. La mortalidad por esta causa es una de las 10 primeras en la población general y la primera entre la población masculina de 35 a 54 años. En 1983 fue de 34,6 por 100 000 en los hombres y de 9,9 en las mujeres.

En relación con las urgencias por toxicomanías, en el primer semestre de 1987 se atendieron 2 403 casos, de los cuales 62,2% estaban relacionados con el alcohol. En otro estudio de urgencias se determinó que 22% de los ingresos tuvieron lecturas de alcoholemia positivas.

En los accidentes de tránsito registrados en el Distrito Federal, los casos de ebriedad aumentaron de 8,3% del total de accidentes en 1968 a 15,9% en 1983. La misma tendencia se ha observado en la relación entre violencia y consumo de alcohol. De los sentenciados reclusos por homicidio, 49% había ingerido alcohol antes de cometer el delito. En cuanto a los suicidios, en 1980, de 80 suicidios consumados, 55% tenía alguna relación con el consumo de alcohol.

En el ámbito laboral se afirma que el uso indebido de sustancias que producen dependencia afecta a 15% de la fuerza de trabajo y ocasiona pérdidas de aproximadamente 4 millones de horas de trabajo al año.

Desde aproximadamente 1970, el problema de la farmacodependencia, y en especial el del uso de inhalantes, es uno de los más complejos de la salud pública en México. El abuso de inhalantes se extiende cada día más, y en la actualidad se propaga de manera intensa en la población infantil y en los adolescentes; además, se relaciona muy estrechamente con el aumento de la delincuencia juvenil, el bajo rendimiento escolar y los casos de intoxicación atendidos en los servicios de emergencia.

Datos de la Secretaría de Salud indican que 10% de las camas para internamiento están ocupadas por alcohólicos o farmacodependientes. En 1986, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", 16% de las camas fueron ocupadas por farmacodependientes.

La magnitud del problema del uso del tabaco se pone de manifiesto en la proporción de mortalidad relacionada con este hábito. Las cardiopatías en 1980 constituyeron 11,6% de las defunciones, mientras que en 1963 la tasa observada fue de 3,7%. Esto implica un aumento proporcional de 54%. El cáncer de pulmón en 1981 estuvo entre las 20 primeras causas de muerte, con una tasa de 4,4 por 100 000 habitantes en la población general y de 71,2 en mayores de 65 años.

Marco sociocultural

En un estudio realizado al sur de la Ciudad de México en 1984 (López, S. *et al.*) en una comunidad de 70 000 habitantes de nivel socioeconómico bajo, la actitud en general era de un 90% de rechazo al consumo de drogas, independientemente del sexo o la edad. Se observó, sin embargo, una actitud permisiva entre los grupos de estudiantes y trabajadores.

El uso de drogas ilegales y de solventes inhalantes es propio de las edades jóvenes. Tanto en la población general como en la estudiantil los hombres usan más drogas que las mujeres, con excepción de las anfetaminas. En la población mayor de 24 años, las cifras de uso de las drogas médicas tales como tranquilizantes y anfetaminas son más altas que aquellas encontradas en la población joven.

Las zonas más afectadas por el consumo de drogas son las cercanas a la frontera con los Estados Unidos y la región de Jalisco. Hasta el momento el consumo de heroína se ha limitado a la región noroccidental del país y es prácticamente inexistente en la región sur. De igual forma, el consumo de cocaína, que es más común en la clase media alta, es mayor en esta zona. El consumo de inhalantes es más común en las zonas marginadas de las grandes ciudades.

En relación con el consumo de alcohol, las diferencias entre sexos son muy marcadas. Los hombres beben en mayor cantidad que las mujeres, lo que parece relacionarse con presiones sociales. Las edades en que más se bebe oscilan entre los 30 y 50 años. Durante las festividades religiosas o cívicas, el consumo de bebidas alcohólicas aumenta, la población bebe durante varios días y la embriaguez es frecuente.

Algunos estudios sugieren que entre los niños y adolescentes hay dos tipos de usuarios de drogas: los poliadictos, con predominio de la marihuana, y los inhaladores de solventes.

También se ha observado que la actitud de los maestros y los padres de familia ante el problema de la farmacodependencia es la de negar el fenómeno, lo cual se manifiesta en la falta de información y sensación de incapacidad para abordar el problema.

Respuestas al uso indebido de drogas

Existe una tendencia generalizada a pensar que los problemas de la dependencia de drogas pueden ser resueltos por personal médico. Actualmente se intenta integrar la comunidad a la labor preventiva. Además, existen grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y Drogadictos Anónimos. La Iglesia también ejerce un papel importante como medio de apoyo a los que deciden abandonar sus hábitos.

En los últimos años el concepto de "dependencia" considerado como enfermedad ha ido ganando terreno. Existen algunas organizaciones que agrupan a los interesados en el tema, tales como la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Su labor es eminentemente científica y educativa.

La Ley General de Salud de 1984 es el marco jurídico fundamental de los programas contra el alcoholismo y la farmacodependencia, los cuales comprenden sumariamente el control de la producción y venta de estupefacientes y la ejecución de planes para evaluar y combatir el problema. Hasta ahora se han constituido varias instituciones que coordinan acciones básicamente preventivas.

La edad mínima reglamentada para el consumo de alcohol es de 18 años. Cada gobierno federativo se encarga de determinar los establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas. La publicidad de tabaco y bebidas alcohólicas se ha prohibido cuando se relaciona con imágenes de tranquilidad, alegría, se le atribuyen propiedades nutritivas o sedantes, o cuando se utilizan niños o adolescentes.

México es signatario de las dos convenciones internacionales de 1961 y 1971 e informa regularmente a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas.

Cada año se decomisan grandes cantidades de sustancias ilícitas y se destruyen plantaciones de "adormidera" (amapola); a modo de ejemplo, en 1984 se destruyeron 3 583 ha. En relación con la cocaína, en 1982 los decomisos fueron de 394 kg y en 1984, alcanzaron los 443 kg. En 1987 también se destruyeron 25 056 matas de marihuana.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

La atención de las personas con problemas de adicciones se lleva a cabo en los consultorios de atención primaria o en los hospitales generales y especializados. Hay procedimientos establecidos para la remisión de pacientes entre esas instituciones.

También existen módulos de toxicología en los servicios de urgencias y los Centros de Integración Juvenil, que ofrecen tratamiento ambulatorio y de internación. La atención es gratuita.

Prevención

En cuanto a la prevención primaria, la Procuraduría General de la República ha creado el Programa de Atención a la Farmacodependencia, que intenta enfrentar el problema en forma integral. En los Centros de Integración Juvenil se desarrollan importantes actividades preventivas.

Investigación

Las actividades de investigación desarrolladas por las dependencias e instituciones integrantes del Comité de Legislación se agrupan en tres capítulos: Programa de Investigación Social, Clínica y Biomédica; Centro de Integración y Documentación en Farmacodependencia, y formación de investigadores. Estos incluyen la integración y organización de sistemas de registro de casos detectados en diferentes dependencias de salud; estudios orientados a mejorar el diagnóstico del problema, a conocer sus tendencias y los subgrupos afectados; estudios para evaluar la acción y efectos de diferentes sustancias; evaluación de métodos de identificación e intervención oportuna, tratamiento y rehabilitación, y estudios para determinar el efecto de las acciones preventivas.

El financiamiento y la asesoría de estas actividades provienen principalmente de organismos internacionales como la OPS/OMS, el Plan Nacional de Drogas de España y otras instituciones de los Estados Unidos. También intervienen organismos nacionales estatales, como el Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT), y privados, como la Fundación de Estudios Sociales A.C.

Educación y capacitación

El Comité de Educación está integrado por varias instituciones universitarias y ministeriales. La Universidad Autónoma de México incluye en los planes de estudio de la carrera de medicina cursos sobre alcoholismo y farmacodependencia en forma integral. Por otra parte, el Instituto Mexicano de Psiquiatría ha ocupado un lugar central en la enseñanza a médicos y otros profesionales en este campo.

PANAMÁ

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En el país se produce alcohol, tabaco y una baja proporción de fenobarbital y meprobamato. Entre 1980 y 1985 la tendencia de la producción de bebidas alcohólicas en general ha sido al aumento. La bebida de más alta producción es la cerveza; en 1986 constituyó casi 95% del total. En esta misma fecha se produjo en el país un total de 100 546 480 l de alcohol, mientras que en 1985 la cifra fue de 87 742 209 l, lo que representa un incremento de 15%.

La producción de tabaco ha disminuido en los últimos años: en 1981 fue de 1 049 732 unidades de cigarrillos, mientras que en 1986 fue de 872 755 unidades.

Los fármacos psicoactivos son importados por agencias farmacéuticas autorizadas.

En cuanto a la producción clandestina de sustancias psicoactivas, solo se sabe que en zonas rurales se elaboran ciertas bebidas alcohólicas, aunque no hay cifras oficiales.

Los requisitos de despacho de psicofármacos incluyen la receta médica. También hay talonarios especiales para el despacho de estupefacientes. Se requiere que el manejo de estas sustancias lo haga un regente farmacéutico y es obligatoria la obtención de una licencia anual. En los últimos cinco años no se ha informado oficialmente sobre recetas falsificadas.

La fabricación, comercio y distribución de sustancias psicoactivas está fiscalizada por el Gobierno. Hasta ahora no se ha detectado ninguna desviación de la producción hacia canales ilícitos.

Consumo

En relación con el nivel de consumo de estas sustancias, solo se cuenta con datos de consumo para la cerveza. En el año 1985 se vendieron 77 845 223 l de cerveza producidos en el país, pero es posible que estas cifras brutas no sean directamente indicativas del consumo. En cuanto al uso de psicotrópicos, el Departamento de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud indicó que en 1987 se vendieron 8 496 kg de clobazam (Urbadán), 18 191 kg de clordiazepóxido (Librium), 26 117 kg de diazepam (Valium), 336 321 kg de fenobarbital y 3 440 kg de meprobamato, entre otras sustancias. No existen estudios nacionales sobre la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Indicadores de salud

En cuanto a indicadores de salud, solo se dispone de información de la demanda satisfecha por los servicios gubernamentales para problemas psiquiátricos relacionados con el uso y abuso de alcohol y otras drogas en consulta externa. Según dichos datos, entre 1981 y 1985 hubo variaciones importantes, sin mostrar tendencias claras. El total de casos atendidos en 1981 fue de 1 811, mientras que en 1985 fue de 2 707.

En 1982 y 1983, el número de consultas por sexo muestra en todos los diagnósticos valores considerablemente mayores para los hombres que para las mujeres, con la excepción de "psicosis por drogas", en que predomina levemente el sexo femenino. La razón hombre/mujer con respecto al "síndrome de dependencia del alcohol" fue de 5,5/1 (84,7% de los casos atendidos eran hombres). Para el diagnóstico de "abuso de drogas sin dependencia", esta razón fue de 9,8/1 (90,7% de los casos atendidos eran del sexo masculino).

Por su parte, la Sala de Psiquiatría de la Caja de Seguro Social indica un incremento continuo del número de casos de toxicómanos atendidos en relación con el total de pacientes: en 1983, 3,3% (10 de 330); en 1984, 5,9% (22 de 376) y en 1985, 7,0% (26 de 372).

La asignación de camas para farmacodependencia en los hospitales psiquiátricos o servicios de psiquiatría en hospitales generales es de 5 a 10%.

En relación con los accidentes de tránsito y el consumo de alcohol, en 1984 se observó que en 8,7% del total de accidentes (1 776 de 20 520) la alcoholemia era positiva. Esta misma proporción se mantuvo al año siguiente (1 888 de 21 751 accidentes).

Hasta marzo de 1988 se han presentado solo seis casos de SIDA asociados al uso de drogas por vía intravenosa, de un total de 47. No hay estudios que analicen las relaciones entre este uso y el SIDA en Panamá. La administración de drogas por esta vía es poco frecuente en el país.

En estudios realizados a fines de los años setenta y principios de los ochenta (Deleuze), se encontró 5% de "alcohólicos" y de 30 a 35% de "bedores excesivos".

En relación con las estimaciones de uso y abuso de drogas no se cuenta con indicadores directos. Se estima que los grupos de mayor riesgo se concentran en el área metropolitana, debido a la mayor frecuencia de problemas de salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El uso de inhalantes en la población juvenil no se ha cuantificado; sin embargo se conoce su existencia.

Marco sociocultural

En el país la actitud general hacia el comercio de drogas ilegales es de rechazo. El consumo de alcohol cuenta con una gran aceptación, lo mismo que el de tabaco. No hay investigaciones al respecto.

Respuestas al uso indebido de drogas

Existen organizaciones comunitarias que se preocupan del problema, como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Una importante proporción de gente con problemas de dependencia acude a la medicina tradicional (curanderos principalmente). Los estratos socioeconómicos altos y medios se dirigen más frecuentemente a los servicios especializados.

En general, el conocimiento de los médicos no psiquiatras y otros profesionales de la salud acerca del problema es escaso. El enfoque que se tiene del alcoholismo y farmacodependencia es con frecuencia moralista y de rechazo. No se ven como enfermedades. Los alcohólicos son atendidos con desaire en las salas de urgencias.

No existen hasta ahora organizaciones profesionales de gente interesada en el tema, solo hay organizaciones cívico-comunitarias que hacen alguna labor preventiva. La coordinación con el sector gubernamental es escasa.

En relación con las bebidas alcohólicas, existe una legislación sobre la producción, graduación permitida, control de calidad, expendio al por mayor y publicidad. También hay normas que controlan los establecimientos de venta, su localización y la edad de consumo (18 años mínimo). Sin embargo, las bebidas se venden en los supermercados y bodegas y son adquiridas por los menores, ya sea para los adultos o para su propio consumo.

El tabaco por su parte también cuenta con legislación, aunque menos estricta y más limitada. En relación a los psicofármacos, el país es signatario de ambos convenios internacionales (1961 y 1971).

El Ministerio de Salud es el encargado de dar la atención a los pacientes con problemas de farmacodependencia. El Instituto de Medicina Legal es la institución que coordina las acciones gubernamentales.

Existen controles de la propaganda de las bebidas alcohólicas y tabaco, pero estas se refieren solo a aspectos muy limitados, como no presentar publicidad con personas tomando licor o fumando.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

La organización de estas actividades está a cargo de los sistemas de salud gubernamentales. En casi todas las regiones existen equipos de salud especializados en salud mental que atienden los problemas de drogas en la población. La mayor concentración de casos y medios para tratamiento se encuentran en la Ciudad de Panamá. En el resto del país la cobertura es baja. Existen programas de alcoholismo y farmacodependencia. Actualmente se están haciendo esfuerzos para coordinar las iniciativas de los diferentes grupos de trabajo.

Las instituciones gubernamentales que están a cargo de la respuesta al problema de las drogas en el país son el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Instituto de Medicina Legal. Este último es el responsable de coordinar las acciones gubernamentales relacionadas con drogas psicoactivas. El tratamiento es financiado por el Gobierno central, aunque no se cuenta con una asignación particular para tal fin, ya que se realiza en los hospitales psiquiátricos y generales del país.

En el Hospital Psiquiátrico Nacional perteneciente al Ministerio de Salud, existen programas específicos sobre alcohol y drogas. Este hospital tiene 1 000 camas, de las cuales entre 5 y 10% se utilizan anualmente para la hospitalización de farmacodependientes.

En el sector privado también existen organizaciones que dan tratamiento específicamente a jóvenes. En el país el equipo de salud mental es el principal responsable de llevar a cabo la atención, y el tratamiento es eminentemente médico. En el sector comunitario se utiliza más un modelo psicológico. No existe una evaluación disponible de los resultados.

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social son los principales encargados de la prevención. Los programas van dirigidos principalmente hacia los adolescentes y jóvenes. Se utilizan principalmente los seminarios-talleres y los medios de comunicación social (prensa, radio, TV). No existen programas universitarios oficiales de prevención.

Investigación

Hasta la fecha no se ha realizado en el país ninguna investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito nacional. Solo se han hecho algunos estudios sobre actitudes y formas de consumo especialmente en la población juvenil. Uno de los problemas importantes ha sido el escaso financiamiento disponible.

Educación y capacitación

Las principales instituciones encargadas de la educación en este campo son las universidades. Los profesionales de salud son quienes reciben esta preparación, que es insuficiente en pregrado. La mayor parte del personal que trabaja en el tema recibe la capacitación adecuada en posgrado. El médico psiquiatra es el principal encargado de responder a los problemas de dependencia en el país. No existen cursos especiales de internado y solo en la especialidad de psiquiatría se incluyen los cursos relacionados con drogas. La educación comunitaria es básicamente de promoción de la salud y prevención.

PERÚ

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En el país no se producen psicofármacos; solo se elaboran especialidades farmacéuticas. La importación de drogas legales básicas está a cargo de sectores ajenos al sector de la salud.

En el caso del despacho de estupefacientes se exige receta médica. Se requiere libreta electoral, tributaria, domicilio comercial o real, apellidos, nombres o razón social del comprador, y lugar de entrega del producto; estos datos también son consignados en un registro especial de ventas, debidamente legalizado por un juez. Se ha detectado falsificación de recetas de estupefacientes.

La fabricación, comercio y distribución interna de estupefacientes está fiscalizada por el Gobierno. No ocurre lo mismo con los psicotrópicos. Se ha detectado en pequeña escala la desviación de insumos químicos hacia la fabricación ilegal de drogas, por ejemplo, carbonato de sodio, éter, acetona y ácido sulfúrico.

Consumo

El alcoholismo sin lugar a dudas constituye la principal dependencia. En 1970 se estimó (Almeida) que la tasa de adicción a esta droga era de 8,8% en las zonas marginales de Lima. En los últimos 40 años el consumo de bebidas alcohólicas se ha incrementado enormemente. En 1940 el consumo per cápita era de 2,96 l de alcohol absoluto; en 1970, de 7,22 l y en 1980, de 7,65 l. El patrón de ingestión es predominantemente a base de alcohol de caña (57%). El consumo de cerveza se ha incrementado más de 100% en la última década. El consumo de alcohol está asociado prácticamente al de todas las otras drogas.

En 1985 se encontró (Oliver) que el número de "adictos" a psicotrópicos en las ciudades de Lima y Callao era de 60 000, es decir, 4,4% de la población consumidora de estas sustancias. Se calculó que de estos, 80% eran adictos a la pasta básica de cocaína.

En relación al consumo de inhalantes en menores, en un estudio realizado en 1981 (Vergara) con una muestra de 400 niños receptionados en el Centro de Menores No. 1 de la Guardia Civil se observó que 13% consumía varias drogas, la gran mayoría de las cuales eran cementos plásticos. El 93% de consumidores era de sexo masculino y la edad de comienzo del uso de drogas era de 9 años. El 67% vivía en zonas marginadas, mientras que 33% no tenían domicilio estable. Es importante resaltar que el principal motivo de inicio en este grupo fue por "curiosidad".

En 1986 se llevó a cabo una encuesta nacional de hogares en una muestra de 7 425 habitantes de Lima (n = 4 146) y de las provincias (n = 3 279). Se encontró la prevalencia global (consumo alguna vez en la vida) y la prevalencia del uso de diferentes sustancias psicoactivas en el último año. Las seis prevalencias globales más altas correspondieron al alcohol (87,2%), el tabaco (67,4%), las hojas de coca (21,7%), los sedantes (18,5%), los analgésicos (9,9%) y la marihuana (8,3%). Las prevalencias de consumo en el último año para estas mismas sustancias fueron las siguientes: alcohol (34,8%), tabaco (19,9%), sedantes (9,8%), analgésicos (4,0%), hojas de coca (4,0%) y marihuana (1,3%).

Indicadores de salud

No se cuenta con estadísticas ni datos que reflejen la morbilidad debida al abuso de sustancias psicoactivas para todo el país. Únicamente se dispone de la información obtenida en la consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán, donde funciona una unidad de atención para el alcoholismo y la farmacodependencia.

De un total de 1 918 pacientes atendidos en 1987 en esta unidad, 234 (12,2%) correspondieron a alcohólicos y 487 (25,4%) a farmacodependientes. En la distribución por sexo de los casos de farmacodependencia se aprecia el claro predominio del sexo masculino (94,5%), y en la distribución por edades, 64,1% pertenecieron al grupo de 20 a 29 años. De las 380 camas con que cuenta el hospital, 15 (3,6%) están asignadas a pacientes adictos.

La tasa de mortalidad por consumo de drogas no se conoce. Sin embargo, se estima que el consumo de pasta básica de cocaína es causante de muchas muertes directa o indirectamente.

Hasta el momento se han detectado 280 casos de SIDA. No se ha estudiado su asociación con la farmacodependencia. El uso de drogas por vía endovenosa es infrecuente.

Marco sociocultural

La población del Perú considera el problema de las drogas en tercer lugar de importancia después de la economía y el terrorismo. En Lima la gente se preocupa más del consumo de drogas, mientras que en provincia se preocupan más del narcotráfico. Según percepción del público de la ciudad, la droga más consumida es la pasta básica de cocaína, mientras que en la provincia se piensa que es el alcohol. En general el público rechaza el consumo de drogas.

No se ha estudiado la asociación entre delincuencia juvenil y consumo de drogas, ni tampoco la prevalencia del problema en la población carcelaria. Sin embargo, se describe que el consumo de la pasta de cocaína constituye una epidemia sumamente grave por los profundos cambios que origina en la personalidad del individuo, que en pocos meses adquiere las características de un psicópata o un delincuente.

Respuestas al uso indebido de drogas

En general, los drogadictos recurren primero a los familiares, luego a los religiosos y en tercer lugar a los profesionales. Como instituciones se cuenta con grupos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. También hay otras organizaciones comunitarias que remiten los enfermos a los servicios de salud.

Tanto los profesionales como el resto de la población consideran la farmacodependencia como un problema importante, y lo perciben como una enfermedad. En la actualidad hay algunas organizaciones profesionales que trabajan en este campo en el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) y en la Asociación Nacional para la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la Dependencia a Drogas (COCADIL). Sin embargo, estas organizaciones profesionales no influyen sobre las políticas acerca de la farmacodependencia.

Desde 1921 existe una amplia legislación en el tema. A modo de resumen, podemos decir que hay normas que regulan la producción y tráfico de drogas ilegales, especialmente en lo que se refiere a la coca. El país es signatario de las dos convenciones de 1961 y 1971.

Existe un comité interministerial encargado de coordinar las acciones pertinentes y asimismo el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas (1986–1990), el cual se ejecuta de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General de Drogas.

El nivel de decisión corresponde al Comité Sectorial de Control de Drogas (COMUCOD), integrado por varios ministerios.

La edad mínima legal requerida para beber alcohol es de 18 años. En general, el cumplimiento de esta disposición es bajo.

Para el tabaco prácticamente no existen normas, a excepción de la prohibición de publicidad televisiva antes de las 21 horas, la cual no existe para el alcohol.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El tratamiento se planifica y organiza de acuerdo con la corriente terapéutica del grupo de trabajo. Se usan varios métodos combinados, entre los cuales destacan las técnicas de modificación de la conducta, comunidad terapéutica, terapia individual, grupal, familiar, etc. La coordinación de estas actividades está a cargo del Instituto Nacional de Salud Mental. El presupuesto es estatal y son los servicios de salud los que prestan la atención dentro de su zona de influencia geográfica.

Los tratamientos son financiados por el Gobierno y la Seguridad Social; además, cuentan con la ayuda de organismos internacionales en los componentes de equipamiento, capacitación, asesoría técnica e investigación.

Prevención

El único centro estatal de rehabilitación para farmacodependientes fue inaugurado en Lima en 1978. En él se utiliza un modelo conductual-cognitivo e institucional, con actividades de reinserción social.

Las estrategias de prevención primaria consisten en proponer modificaciones legales, campañas contra la droga, información, difusión, etc. La prevención no está organizada; solo existen coordinaciones a nivel institucional y con otras instituciones privadas. Los esfuerzos van dirigidos al grupo infantil-juvenil, a través de los medios de comunicación. No existen instituciones gubernamentales encargadas de la prevención, así como tampoco programas universitarios de prevención.

Investigación

El financiamiento de la investigación proviene generalmente de los propios investigadores y de algunas organizaciones internacionales y nacionales privadas. La mayoría de los estudios son tangenciales al problema de las drogas. Hay algunos estudios epidemiológicos y clínicos pero en general se limitan a muestras pequeñas. No se han realizado hasta la fecha estudios cooperativos con otros países.

El Ministerio de Salud, en coordinación con el de Educación, desarrolla programas de investigación, estudios epidemiológicos, médicos, científicos y de capacitación técnica sobre el problema de la drogadicción.

Educación y capacitación

Las principales instituciones educativas involucradas son las universidades y el sector de la salud, los cuales han organizado cursos o seminarios multidisciplinarios. Son muy pocos los profesionales dedicados específicamente al tema.

En la actualidad no existe ningún programa de especialización en farmacodependencia, y solo se enseña un poco en pregrado. El médico es el principal profesional de la salud que responde a este problema, generalmente apoyado en un equipo multidisciplinario integrado por psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas físicos y ocupacionales, etc.

TRINIDAD Y TABAGO

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En el país solo se produce alcohol y tabaco. No existe producción de sustancias psicotrópicas ni prueba de su producción clandestina. Se importan las materias primas y hay mercado libre para su comercialización.

En 1986 se produjeron 20,2 millones de litros de cerveza, 3,4 millones de litros de *stout* (cerveza de malta) y 10,3 millones de litros de ron para consumo local. Entre 1977 y 1986 la tendencia ha sido a la disminución de la producción de ron, mientras que las de cerveza y *stout* se han mantenido, pero con un alto nivel de variación anual.

El país es signatario de las convenciones internacionales de 1961 y 1971. Se exige receta médica para la venta de psicofármacos y hay registro de la prescripción en la farmacia. También hay regulación en la autorización de la importación. Los que venden medicamentos psicotrópicos están sujetos a una autorización anual de la División de Química, Alimentos y Drogas del Ministerio de Salud. No se han detectado casos de desviación de estas sustancias de las vías legales.

Indicadores de salud

La mayor parte de pacientes que buscan tratamiento por problemas asociados al consumo de alcohol ingresan en el hospital psiquiátrico. La tendencia entre 1985 y 1987 muestra un aumento de 20% en el número total de casos atendidos, que pasaron de 697 a 835. Existe un centro especializado para el tratamiento del paciente alcohólico que cuenta con 29 camas para hombres y mujeres. También existen algunos programas de ayuda para el empleado con problemas relacionados con el consumo de alcohol en algunas empresas.

Según los datos del hospital general más importante del país, 55% de los conductores atendidos por accidentes en 1979 presentaron un exceso de alcoholemia de 80%. En el mismo hospital se indicó que 47% de los varones internados tenía algún problema médico relacionado con el alcohol.

En 1985, las principales instituciones de salud del país atendieron a 785 pacientes con problemas asociados con el abuso de drogas, principalmente marihuana y cocaína, mientras que en 1987 las mismas instituciones asistieron a 1 055 pacientes, o sea, que hubo un incremento total de 34%. Se piensa que el abuso de la cocaína explica el aumento (580%) tan notable de toxicómanos atendidos entre 1983 y 1987.

Marco sociocultural

Dada la amplia variedad de grupos culturales que hay en el país, no es fácil generalizar patrones de actitudes con respecto a las drogas. Sin embargo, el uso del tabaco y alcohol parece ampliamente aceptado. La marihuana también cuenta con la aprobación de algunos subgrupos de la población donde es cultivada. En cuanto al tráfico y consumo ilícito de sustancias, la actitud es variable.

Respuestas al uso indebido de drogas

Ha habido una amplia respuesta de la comunidad al problema y se han formado varias organizaciones en relación con la prevención primaria y la rehabilitación, especialmente orientadas a la juventud y la familia (Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos). Sin embargo, los servicios de atención primaria son quizás la fuente más importante de atención.

El concepto de enfermedad de la adicción es aceptado por la mayoría de los profesionales de salud. Muchas de las organizaciones profesionales incorporan actividades relacionadas con el abuso de drogas en sus programas regulares.

Recientemente el Gobierno ha creado el Consejo sobre Alcohol y Abuso de Drogas, que coordina y supervisa los programas de control de la farmacodependencia en todos los niveles. Hay control sobre los lugares de expendio de alcohol y la edad mínima legal para consumir bebidas alcohólicas es de 16 años. Las limitaciones en la publicidad son insuficientes.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

El Ministerio de Salud es responsable del tratamiento de las toxicomanías. Los programas son desarrollados principalmente en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, e incluyen tratamiento de internación y ambulatorio. Los pacientes en su mayoría son remitidos desde los centros de atención primaria.

Las asociaciones Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos cuentan con centros de tratamiento y rehabilitación en todo el país. Varias organizaciones de la comunidad han desarrollado programas que ofrecen apoyo a la gente joven. Existe además un centro privado de rehabilitación con servicio de hospitalización.

Investigación

Hasta el presente, las investigaciones en este campo se han llevado a cabo de una manera descoordinada y no han sido diseñadas con fines comparativos.

No se han hecho encuestas en los hogares debido a su alto costo. Actualmente se están haciendo estudios en relación con el SIDA y la drogadicción, el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito, y algunas investigaciones clínicas preliminares que analizan la admisión a centros de tratamiento de farmacodependientes.

Educación y capacitación

Los principales centros de educación superior participan en el adiestramiento sobre farmacodependencia. Los estudiantes de medicina también reciben formación en este campo dentro del área de psiquiatría. El programa de posgrado de psiquiatría también incluye el tema. Actualmente el Consejo sobre Alcohol y Abuso de Drogas está intentando coordinar todos estos esfuerzos.

VENEZUELA

Producción y comercio de sustancias psicoactivas

En Venezuela solo se produce alcohol y tabaco; no se producen sustancias psicoactivas. La importación de estupefacientes y psicotrópicos ha incrementado en los últimos años. Según informaciones "extraoficiales" de la División de Drogas y Cosméticos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, han empezado a aparecer prescripciones de estupefacientes y psicotrópicos por parte de odontólogos y médicos veterinarios, lo que constituye una mala práctica profesional.

Las especialidades farmacéuticas que contienen sustancias psicotrópicas y estupefacientes son elaboradas en laboratorios farmacéuticos legalmente establecidos.

La venta al público de los productos estupefacientes y psicotrópicos está a cargo de las farmacias, únicamente contra formularios de prescripción. Está prohibida la venta de sustancias psicotrópicas y estupefacientes a menores de edad.

En Venezuela existe además un sistema de licencias para la distribución interna de estupefacientes y psicotrópicos que incluye matrícula de importación, permiso de importación, inspección de reconocimiento de las sustancias importadas, permiso de elaboración y permisos de compraventa. Además, se prohíbe a los laboratorios, droguerías y casas de representación la distribución de muestras médicas.

La desviación de los canales lícitos para el destino de las sustancias afecta los tranquilizantes y algunos estupefacientes como el propoxifeno y la petidina.

Consumo

No se pueden suministrar datos respecto al consumo de estupefacientes y psicotrópicos, pues no se dispone de los medios computadorizados para procesar la información que proviene de las relaciones que mensualmente envían los establecimientos expendedores.

Indicadores de salud

La prevalencia de la psicosis alcohólica muestra un incremento importante en los años 1982-1984, particularmente en zonas urbanas, donde existe mayor número de expendios de licores. El síndrome de dependencia del alcohol muestra también una tendencia a aumentar; igual sucede con la aparición de cuadros de psicosis por drogas. La mortalidad debida a estas causas también presenta un ligero aumento.

En los hospitales psiquiátricos casi no hay camas asignadas para la hospitalización de farmacodependientes; solamente el Hospital Psiquiátrico de Caracas dispone de 24 camas para farmacodependencia y otras 24 camas para alcoholismo.

La administración de drogas por vía intravenosa no es la más frecuente en el país. Sin embargo, en los últimos años se ha apreciado un incremento en el uso de esa vía de administración.

Marco sociocultural

El consumo de bebidas alcohólicas está integrado en la vida social y cultural del venezolano. El alcohol se ha convertido en un elemento gratificante y fácil de obtener, de bajo costo y socialmente aceptado. La opinión generalizada es la de que el alcohol no es una droga, y cada vez es más frecuente el consumo de bebidas alcohólicas por mujeres.

Debido a la crisis económica por la que atraviesa el país, después de ser uno de los 10 primeros países consumidores de whisky y alto consumidor de champaña, se ha incrementado el consumo de licores nacionales y ha disminuido el de los importados.

A partir de 1984, con la promulgación de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, en el país se inicia una nueva etapa en la concepción del problema de las drogas y una búsqueda de alternativas. El consumidor es considerado un enfermo, y es objeto de tratamiento, rehabilitación y reinserción en la sociedad.

En términos generales, se aprecia una mayor conciencia del problema en el público, hay sensación de impotencia y miedo, y persiste la idea de que solo los jóvenes y miembros de estratos sociales desfavorecidos son afectados por la drogadicción.

La relación entre la comisión de delitos y el uso de alcohol alcanza casi un 20% en los últimos años. Entre 1978 y 1982 hubo un incremento en el número de detenidos por ebriedad. Por otra parte, en un estudio realizado en 1981 (Alcalá *et al.*) se encontró que 4% de una muestra de farmacodependientes tenían antecedentes penales, 26% tenían antecedentes judiciales y 63% tenían antecedentes policiales.

Respuestas al uso indebido de drogas

La Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, promulgada en 1984, consta de 198 artículos y seis títulos, referidos a: disposiciones generales, del orden administrativo, de los delitos y del consumo de las sustancias a que se refiere la ley, de la prevención, de los procedimientos y de la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas.

El artículo 28 de la Ley Orgánica de la Venta de Licores, sobre Expendios de Alcohol y de Especies Alcohólicas, establece los horarios de la venta de bebidas alcohólicas en Venezuela. El artículo 9 regula los criterios sobre los cuales se calcula el número de expendios permitidos en el país. No obstante, existen muchos expendios de bebidas alcohólicas que funcionan sin licencia.

En cuanto al tabaco, su venta es libre en todo tipo de establecimientos comerciales y está permitida a menores de edad. Se han emitido algunas resoluciones que prohíben fumar en sitios específicos pero han sido poco difundidas, por lo que se desconocen por parte de la mayoría de la población y frecuentemente son violadas.

Desde el año 1981 no están permitidas la publicidad y propaganda de alcohol y cigarrillos por la radio y la televisión. El cumplimiento de esta resolución ha sido bastante estricto y satisfactorio.

Hasta la fecha, la carga impositiva al tabaco y al alcohol, así como su aumento de precio por unidad al detalle, no parecen haber incidido eficazmente para controlar su disponibilidad en la comunidad.

Venezuela es signataria de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, de la Convención sobre Sustancias Psicoactivas de 1971 y del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social

Hasta ahora las acciones en estos campos no han respondido a una política planificada. Por ley, compete al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y al Ministerio de Justicia atender a los reclusos con problemas de alcoholismo y drogadicción. Sin embargo, tan solo existe un establecimiento para tratamiento y rehabilitación de esos pacientes, la Unidad de Atención al Farmacodependiente (UDAF), con un exiguo presupuesto y unas pobres instalaciones.

El Ministerio de Justicia ha creado unos centros de orientación para atención ambulatoria, con limitaciones en cuanto a personal.

El Ministerio de la Familia participa en el área de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a través de la Fundación José Félix Ribas, de reciente creación (1985), la cual cuenta con seis centros para hospitalización que funcionan como comunidades terapéuticas; además posee siete centros para asistencia ambulatoria.

Hasta el presente, la Seguridad Social no se ha interesado en atender este problema. Sin embargo, desde 1984 han proliferado asociaciones independientes para dar asistencia al farmacodependiente, aunque en general estas no cuentan con personal calificado ni académica ni profesionalmente.

Se dedican muy pocos esfuerzos a la reinserción social. En el país no existen investigaciones ni experiencia en este aspecto. Por otro lado, las acciones preventivas han sido aisladas y esporádicas, poco definidas, de poco alcance y sin objetivos claros.

Investigación

La investigación está limitada a los intereses de algunos investigadores universitarios y clínicos. La mayoría de los estudios son de revisión y bibliográficos, no de campo.

El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT) coordina, supervisa y promueve los proyectos e investigaciones. No hay fuentes de financiamiento.

Educación y capacitación

Las instituciones capacitadoras de profesionales de salud se han conformado con impartir una charla sobre algún tema relacionado con las drogas a sus estudiantes. Recientemente se ha observado cierto interés para que los estudiantes de psicología y trabajo social hagan una pasantía por un centro que atienda a farmacodependientes, cosa que ni los estudiantes de medicina ni los de posgrado de psiquiatría llegan a realizar.

Desde 1987, en la UDAF se imparte un curso teórico-práctico de capacitación en farmacodependencia de un año de duración, para médicos psiquiatras y psicólogos con posgrado en psicología clínica.