



NACIONES UNIDAS  
*Oficina contra la Droga y el Delito*



# ELEMENTOS ORIENTADORES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS EN LA SUBREGIÓN

PRIMER ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE CONSUMO DE  
DROGAS Y FACTORES ASOCIADOS EN POBLACIÓN DE  
15 A 64 AÑOS

2008



COMISIÓN INTERAMERICANA PARA  
EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS



# ELEMENTOS ORIENTADORES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS EN LA SUBREGIÓN

Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores  
Asociados en Población de 15 a 64 años

Abril 2008

Este estudio fue producido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), Viceministerio de Defensa Social, Secretaría Técnica (CONALTID), el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA) y la Junta Nacional de Drogas (JND), en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, proyectos TDRLA-D74-D75-D76-D77-D78, XLAI84.

Para obtener esta información, pueden consultar los siguientes sitios web: [www.sedronar.gov.ar](http://www.sedronar.gov.ar); [www.vds-sc.gov.bo/prevencion](http://www.vds-sc.gov.bo/prevencion); [www.conacedrogas.cl](http://www.conacedrogas.cl); [www.consep.gov.ec](http://www.consep.gov.ec); [www.devida.gob.pe](http://www.devida.gob.pe); [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy); [www.onudd.org.pe](http://www.onudd.org.pe); [www.cicad.oas.org](http://www.cicad.oas.org).

Primera edición  
Impreso en Lima, Perú por:  
Tetis Graf E.I.R.L.  
Telf: 431-9855

# INDICE

Prologo.....□	5
Agradecimientos.....□	7
Resumen Ejecutivo y Principales conclusiones.....	9
Cap. I. ASPECTOS GENERALES.....	15
• Propósitos y objetivos.....	15
• Indicadores sociodemográficos.....	15
• Principales actividades relacionadas con la Reducción de la Demanda.....	18
• Normativas vigentes sobre consumo y comercialización.....	24
Cap. II: METODOLOGÍA.....	27
• Muestra, población representada y levantamiento.....	27
• Cálculo de indicadores.....	30
• Cuestionario y aspectos conceptuales.....	31
Cap. III: MARIHUANA	
• Prevalencias de consumo, por sexo y edad.....	35
• Usuarios con signos de dependencia.....	39
• Edad de inicio.....	40
• Factores de riesgo y protección asociados:.....	41
- Percepción de Gran Riesgo.....	41
- Percepción de facilidad de acceso.....	42
- Oferta directa.....	44
Cap. IV: COCAÍNA Y PASTA BASE.....	45
COCAINA:.....□	46
• Prevalencias de consumo, por sexo y edad.....	46
• Usuarios con signos de dependencia.....	49
• Edad de inicio.....	49
• Factores de riesgo y protección asociados:.....	50
- Percepción de Gran Riesgo.....	50
- Percepción de facilidad de acceso.....	52
- Oferta directa.....	53

PASTA BASE ...□	54
• Prevalencias de consumo, por sexo y edad .....	54
• Usuarios con signos de dependencia .....	57
• Edad de inicio .....	57
• Factores de riesgo y protección asociados:.....	58
- Percepción de Gran Riesgo .....	58
- Percepción de facilidad de acceso.....	59
- Oferta directa.....	60
Cap.V: TABACO .....□	61
• Prevalencias de consumo, por sexo y edad .....	61
• Edad de inicio .....	64
• Factores de riesgo y protección asociados:.....	65
- Percepción de Gran Riesgo .....	65
Cap.VI: ALCOHOL.....□	67
• Prevalencias de consumo, por sexo y edad .....	67
• Consumo problemático .....	70
• Edad de inicio .....	71
• Percepción de Gran Riesgo.....	72
Cap.VII: POLICONSUMO.....	73
ANEXO .....□	77
• Síntesis de fichas técnicas de los estudios nacionales .....	77
• Intervalos de confianza para prevalencias.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	91

## PRÓLOGO

La Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) y La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) a través de su Observatorio Interamericano de Drogas, brindan apoyo técnico y financiero a países sudamericanos en el marco del *Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay*. El objetivo es fortalecer a las Comisiones Nacionales de Drogas y específicamente a sus Observatorios Nacionales o equivalentes en cada país para orientar sus estrategias nacionales y políticas sobre drogas y, al mismo tiempo, disponer de información lo más comparable posible entre los países de la subregión.

En este marco las comisiones nacionales de drogas integrantes del Sistema Subregional realizaron en el año 2005 estudios nacionales sobre el consumo de drogas en estudiantes secundarios, que permitieron por primera vez contar con información comparable entre los países. De la misma manera, durante los años 2006 - 2007, tales comisiones realizaron estudios nacionales en población general de 12 a 65 años, con diseños metodológicos comunes para posibilitar el análisis comparado de los datos. De esta forma y por primera vez estos países pueden comparar datos nacionales en población general sobre consumo de drogas y sobre factores de riesgo/protección asociados, además de importante información de contexto relacionada con las políticas públicas en esta materia y los avances en prevención y tratamiento realizados y de los marcos jurídicos que regulan o no el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Sin duda las particularidades culturales, económicas y sociales de cada país son, necesariamente, un elemento a considerar al momento de establecer las comparaciones e interpretar la información relativa al consumo de drogas y de los patrones de uso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en los distintos países.

Al mismo tiempo, la información producida contribuye al logro de un diagnóstico adecuado sobre la problemática del consumo en la Subregión y se constituye en un insumo clave para la reorientación y/o evaluación de las políticas preventivas y

asistenciales ejecutadas, tanto de los sectores públicos como privados, a nivel nacional o regional. Por otra parte, los países diseñan y ejecutan estudios específicos con el objetivo de contar con información sobre otras poblaciones y sobre fenómenos asociados al consumo (morbilidad, delitos, poblaciones vulnerables entre otros).

El consumo de drogas que se sitúa entre los retos que enfrenta a los países productores y de tránsito preocupa a las autoridades nacionales que participaron en este estudio comparativo. Se espera que estudios de esta índole no solo puedan aportar a procesos de reflexión sino lo más importante apoyar a contrarrestar su incidencia en la población a través de estrategias y programas fortalecidos que cuenten con el apoyo de todos los actores de los sectores públicos, privados y de la sociedad civil en su conjunto.

FLAVIO MIRELLA  
Representante de ONUDD para  
Perú y Ecuador y Coordinador del  
Sistema Subregional

JAMES MACK  
Secretario Ejecutivo de la  
OEA/CICAD



## AGRADECIMIENTO

El Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas en población general de 12 a 65 años, se llevó adelante a partir de un trabajo conjunto y coordinado entre las comisiones nacionales de drogas de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, la Representación para Perú y Ecuador de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA). Este resultado, que ya tiene un antecedente con el Primer Estudio Comparativo sobre uso de drogas en la Población escolar, reitera el claro compromiso político y liderazgo de las autoridades de alto nivel de las comisiones de drogas de cada país.



**Argentina:** José Ramón Granero, Secretario de Estado de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Presidencia de la Nación



**Bolivia:** Felipe Cáceres, Viceministro de Defensa Social y Sustancias Controladas – Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID)



**Chile:** María Teresa Chadwick Piñera, Secretaria Ejecutiva del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)



**Ecuador:** Domingo Paredes Castillo. Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicos (CONSEP)



**Perú:** Rómulo Pizarro Tomasio Presidente Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA)



**Uruguay:** Milton Romani, Secretario General, Secretaría Nacional de Drogas, Junta Nacional de Drogas (JND) de la Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

De igual manera, se agradece por su notable dedicación a los profesionales de las Comisiones Nacionales de Drogas que participaron en todas las etapas de ejecución de los estudios nacionales y del presente Informe Comparativo:

Diego Alvarez, Graciela Ahumada, Gustavo Segnana (Argentina); Jonás Rojas, Godofredo Reinicke, Christian Arce (Bolivia); Juan Carlos Araneda, Eduardo Valenzuela, Kerstin Vollbrecht (Chile); Silvia Corella, Diego Vaca (Ecuador); Eduardo Haro, Delia Trujillo, Arturo Manrique (Perú); María Herrera, Héctor Suarez, (Uruguay); Isabel Palacios (ONUDD).

Un agradecimiento especial al Dr. Francisco Cumsille (Coordinador del Observatorio Interamericano de Drogas- CICAD-OEA), por su invaluable apoyo en el seguimiento técnico, adecuación, procesamiento y análisis de los datos que conforman este informe.

## RESUMEN EJECUTIVO Y PRINCIPALES CONCLUSIONES

La Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) y La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), a través de su Observatorio Interamericano de Drogas, brindan apoyo técnico y financiero a países sudamericanos en el marco del *Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay*. El objetivo es fortalecer a las Comisiones Nacionales de Drogas y específicamente a sus Observatorios Nacionales o equivalentes en cada país, a fin de que generen datos estadísticos e información actualizada sobre la magnitud y tendencias del consumo de drogas en cada país y que, al mismo tiempo, ésta sea comparable entre los países de la subregión.

Durante los años 2006 - 2007, los países realizaron estudios nacionales en población general de 12 a 65 años, con precisiones metodológicas comunes que permiten el análisis comparado de los datos. De esta forma, por primera vez, se podrán comparar datos nacionales en población general sobre consumo de drogas y algunos factores de riesgo/protección asociados, además de información contextual relacionada con las políticas públicas en la materia y los avances en prevención, tratamiento y control de la oferta de drogas.

Si bien los estudios cubrieron la población urbana de 12 a 65 años de edad, este informe está referido al segmento **15 a 64 años** con el objeto de que los resultados sean comparables con los estudios realizados en otros países. Específicamente, los objetivos son:

- Determinar las prevalencias de vida, año y mes de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y pasta base en la población de 15 a 64 años, según sexo y edad, y comparar los resultados entre los países

- Estimar y comparar los porcentajes de población con signos de dependencia al consumo de marihuana, cocaína y pasta base.
- Determinar la distribución de los factores de riesgo y protección asociados al consumo, tales como percepción de riesgo, percepción de facilidad de acceso a las diferentes drogas ilícitas y oferta de drogas, y comparar sus resultados entre los países.
- Evaluar la relación entre el consumo de drogas y factores de riesgo en cada uno de los países.
- Conocer la composición del poli consumo en cada uno de los países.
- Determinar y comparar las edades de inicio en el consumo de drogas legales e ilegales analizadas.

En todos los países se seleccionaron muestras aleatorias basadas en un diseño estratificado (regiones o áreas geográficas previamente definidas) multietápico, con selección de manzanas en una primera etapa, hogares en una segunda etapa y una persona por cada hogar seleccionado como tercera etapa. El total de personas de 15 a 64 años estudiadas y que hacen parte de este reporte fueron 61.607 que representan a un total de 43 millones de personas de 15 a 64 años de los 6 países. Los tamaños de muestra -es decir el número de personas entrevistadas - por país fueron: Argentina, 12.459; Bolivia, 8.662; Chile, 15.776; Ecuador, 7.341; Perú, 10.927 y Uruguay con 6.442 personas. Las diferencias en los tamaños de muestra entre los países se debe al nivel de representatividad geográfica que cada uno decidió (de acuerdo al número de regiones o áreas de estimación deseados); los errores de muestreo, a partir de los tamaños de muestra efectiva de

cada país, se presentan en el anexo para diferentes prevalencias.

Los resultados más destacados de este estudio son:

- En los cuestionarios se incluyeron módulos de preguntas relacionadas con drogas legales, principalmente tabaco y alcohol. Al igual que en la mayoría de los países estas dos sustancias son las que presentan mayores niveles de consumo. En el caso del consumo de tabaco, el consumo actual afecta en forma bastante variada a los distintos países. Un 19% de las personas declaran consumo en Ecuador y Perú, un 26% en Bolivia, alrededor de un 34% en Argentina y Uruguay y un 44% en Chile.
- En todos los países el consumo de tabaco es mayor en hombres que en mujeres, y en particular en el caso de los hombres las diferencias entre los países son mucho menores (de 30% en Perú a 48% en Chile) que las diferencias observadas entre las mujeres (de 7% en Ecuador a 41% en Chile). Sin grandes diferencias al interior de cada país, el consumo es mayor entre las personas de 15 a 34 años que en el grupo de 35 a 64 años. La edad de inicio es similar en Argentina, Chile y Uruguay, con un promedio de edad de inicio entre 16 y 17 años. En estos tres países, el 25% de los consumidores de tabaco iniciaron el consumo antes de los 15 años, cosa que ocurre dos años después en Bolivia, Ecuador y Perú.
- El consumo de alcohol presenta un patrón similar al descrito para tabaco. Existe bastante variabilidad en los niveles de consumo actual entre los países en el total de la población de 15 a 64 años, con cifras que superan el 50% en Argentina, Chile y Uruguay, algo más de 40% en Bolivia y cifras alrededor de 35% en Ecuador y Perú. Si bien el consumo en los hombres es superior al de las mujeres, las diferencias entre los países es menos acentuada en el caso de los hombres en el grupo de 15 a 34 años.
- Respecto de la edad de inicio del consumo de alcohol en la población de 15 a 64 años, se observan bastantes similitudes entre los países donde el promedio está alrededor de los 18 años. En el caso de Argentina, Chile y Uruguay, el 25% de la población que inicia a una edad más temprana el consumo de alcohol, lo hace un año después de la edad de inicio del consumo de tabaco. En los otros tres países las edades de inicio de tabaco y alcohol son bastante similares.
- El consumo problemático de alcohol, evaluado a través de la Escala Breve del Bebedor Anormal (EBBA), muestra también diferencias relevantes entre los países. Es así como mientras en Uruguay el 9% de los consumidores de alcohol en los últimos 30 días presentan consumo problemático, esta cifra se eleva a un 42% en Ecuador y un 49% en Bolivia. Argentina presenta un 13%, Chile un 17% y Perú un 16% de consumidores problemáticos.
- En cuanto a las drogas ilícitas, al igual que en la mayoría de los países del mundo que cuentan con estadísticas sobre esta materia, la marihuana es la droga de mayor uso, principalmente entre la población joven. En este grupo de 6 países, el promedio del consumo reciente es de 4,8%, superior al 3,8% como promedio mundial. Esta cifra para los seis países equivale a 2,1 millones de personas del total de 43 millones de personas de 15 a 64 años representada en este estudio.
- Los mayores niveles de consumo reciente (prevalencia del último año) de marihuana se observaron en Argentina, Chile y Uruguay con cifras de alrededor de un 7% en los dos primeros países y 6% en el tercer país; Bolivia presenta tasa de consumo de 4,3% mientras que en Ecuador y Perú los porcentajes no superan el 1%. En todos los países el consumo es superior en hombres que en mujeres y principalmente se concentra en el grupo de 15 a 34 años. La edad promedio de inicio varía entre los 18 años (Argentina y Chile) y casi 19 años (Ecuador, Perú y Uruguay) y que la excepción es Bolivia donde la edad promedio de inicio es 22 años.
- La proporción de personas con signos de dependencia a marihuana varía entre un 20% en Chile y Uruguay a un 36% en Perú y 51% en Ecuador
- Se evaluó también la relación del consumo de marihuana en función del consumo de tabaco: en aquellos países con mayor consumo de marihuana, tanto para el consumo reciente y el consumo actual, el nivel de consumo de esta droga llega a ser 7 u 8 veces superior entre los consumidores de tabaco que entre los no consumidores.

- La percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana es bastante alta en todos los países, observándose que en aquellos países con mayores tasas de consumo la percepción de riesgo es menor.
- La percepción sobre la facilidad de acceso a la marihuana muestra cifras muy variables entre los países, siendo mayor dicha percepción en aquellos países con mayores consumos. Algo similar ocurre con la oferta de marihuana: en aquellos países donde los encuestados señalan en mayor proporción haber recibido oferta para comprar o probar marihuana, son aquellos donde el nivel de consumo de esta droga es también mayor.
- En cuanto al consumo de cocaína, la cifra promedio de los países en términos de la prevalencia de consumo en el último año es de 1,4%, superando al 0,3% del promedio mundial reportado por Naciones Unidas. En los países de este informe cerca de 600.000 personas declararon haber consumido cocaína alguna vez durante los últimos 12 meses previos al estudio. La edad de inicio más precoz entre las personas que han declarado consumo de cocaína se encuentra en Argentina, donde un 25% (percentil 25) de ellos consumieron por primera vez esta droga a los 16 años o menos, y un 50% (percentil 50) lo hizo a los 18 años o menos. En el resto de los países la edad de inicio es, en promedio, uno o dos años posterior.
- Las tasas de consumo presentan una importante variación entre los países, con cifras que van, de acuerdo a la prevalencia de último año, entre un 0,1% en el caso de Ecuador y un 2,7% en Argentina.
- Con la excepción de Bolivia que presenta niveles de consumo similar entre hombres y mujeres, en el resto de los países el consumo es mayor entre los hombres. En términos de edad, en todos los países el consumo es superior en el grupo de 15 a 34 años en comparación con los de 35 a 64 años, con la excepción de Perú donde los niveles de consumo son similares.
- Los porcentajes de personas consumidoras de cocaína que presentan signos de dependencia son superiores a los observados en el caso de marihuana en todos los países con la excepción de Uruguay donde son similares. Entre el 42% y 46% de los consumidores de cocaína presentaron signos de dependencia en Argentina, Ecuador y Perú, un 29% en Chile y un 19% en Uruguay. En promedio se tiene un 41% aproximadamente 240.000 personas con estos signos.
- La percepción de gran riesgo del consumo frecuente de cocaína supera el 90% de los encuestados en cada uno de los países. La facilidad de acceso a esta droga es señalada por el 14% de los encuestados en Ecuador, cifra que sube a un 36% en Argentina. Los otros países presentan resultados intermedios. Se observa una importante asociación entre consumo de cocaína y percepción de facilidad de acceso a esta droga; en aquellos países con mayor facilidad de acceso presentan también mayores niveles de consumo. En el caso de la oferta de cocaína ocurre algo similar. Hay mayores niveles de consumo en los países en que las personas declaran porcentualmente haber recibido oferta de cocaína, ya sea para comprar o probar la droga.
- Además del consumo de cocaína se indagó sobre otras drogas que son subproductos en la cadena de producción del clorhidrato de cocaína; en términos generales, y para los efectos de este informe, se usa la denominación *pasta base*. Los resultados muestran, en general, que el consumo de esta droga es bajo, con valores alrededor del 0,4% al 0,6% en Argentina, Chile, Perú y Uruguay considerando la prevalencia de último año, y cerca del 0,1% en Bolivia y Ecuador. Tanto en Ecuador como en Perú la prevalencia es similar a la encontrada para clorhidrato de cocaína, en cambio en los restantes países es bastante más baja.
- En todos los países el consumo de pasta base es mayor en hombres que en mujeres. Respecto de la edad, en Argentina, Chile, Perú y Uruguay es mayor entre los más jóvenes (grupo de 15 a 34 años). En cambio en Bolivia y Ecuador el consumo es mayor en el grupo de 35 a 64 años. La edad promedio de inicio más baja se encuentra en Argentina y la más alta en Bolivia. El 25% de los que alguna vez consumieron pasta base, en Argentina tiene hasta 14 años, 16 años

- en Perú y Uruguay, 17 años en Chile y 18 años en Bolivia y Ecuador.
- Por otra parte, el porcentaje de personas que presentan signos de dependencia a pasta base varía de un 38% en Ecuador a un 63% en Argentina. En el conjunto de países que evaluaron esta condición, se tiene que 100 mil personas - 54% de los consumidores -, pueden ser considerados personas con signos de dependencia.
- La percepción de gran riesgo del consumo frecuente de pasta base es bastante alta en todos los países, mientras que la percepción de facilidad de acceso presenta mucha variabilidad entre ellos, desde un 10% de personas que consideran que es fácil conseguir pasta base en Bolivia y Ecuador, hasta aproximadamente un 36% en Chile y Uruguay. Algo similar ocurre en relación a la proporción de personas que declaran haber recibido oferta de pasta base durante el último año, ya sea para comprar o consumir: las cifras varían entre menos del 1% en Bolivia y Ecuador hasta aproximadamente un 4% en Argentina, Chile y Uruguay.
- Por otra parte, se calculó el número de drogas (ilícitas o lícitas de uso indebido como solventes e inhalantes) usadas en el último año por los consumidores. En el caso de los jóvenes y adultos jóvenes de 15 a 34 años, se tiene que mayoritariamente son mono consumidores (usuarios de una sola droga), con algunas diferencias entre los países: en Argentina el 68% de los consumidores han usado una sola droga, el 89% en Bolivia, alrededor del 84% en Chile y Ecuador, y aproximadamente el 72% en Perú y Uruguay. Mirado desde otro punto de vista, Argentina presenta el mayor porcentaje de consumidores de dos o más drogas en el último año (policonsumidores) en este grupo de edad.
- En todos los países la droga de mayor uso entre los consumidores de 15 a 34 años es marihuana en forma exclusiva, con porcentajes que van desde un 48% en Perú a un 79% en Chile. La segunda modalidad con mayor frecuencia

entre los consumidores en Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay es la combinación de marihuana y cocaína con 20%, 9%, 10% y 18% respectivamente. En el caso de Bolivia es el segundo en el uso exclusivo de solventes e inhalantes con un 12,8% de los consumidores, mientras que en Perú lo es el uso también exclusivo de pasta base (12%).

## PRINCIPALES CONCLUSIONES

Este estudio realizado en muestras aleatorias de 6 países de Sudamérica en la población de 15 a 64 años tiene por objetivo estudiar diferentes aspectos relacionados con el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Por una parte, se estima la magnitud del consumo de drogas evaluadas a través de las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, alguna vez en el último año (consumo reciente) y en los últimos 30 días (consumo actual). Además de estimar el consumo de las drogas de mayor uso como marihuana, pasta base y cocaína, se evalúa los signos de dependencia presentes en las personas usuarias de ellas, y el consumo de múltiples drogas o poli consumo. Por otra parte se analiza las percepciones de riesgo asociado al consumo frecuente de drogas, la percepción de facilidad de acceso a las drogas y la oferta de drogas que han recibido las personas durante el último año. Estas dos últimas características permiten aproximarse a lo que está ocurriendo en los países en materias de control de drogas.

Con relación al consumo, lo primero que surge de este estudio es la diferencia que existe entre los países, algo que ya se había percibido dos años atrás en un estudio en la población escolar de 13 a 17 años de edad<sup>1</sup>, de la misma forma que se ha observado en otras partes, como Europa por ejemplo, donde para marihuana las diferencias entre los países de mayores consumos superan en hasta 10 veces a los de menores consumos<sup>2</sup>.

En términos generales se detecta un mayor nivel de consumo de drogas ilícitas en Argentina, Chile y Uruguay. Bolivia aparece en una situación

<sup>1</sup> ONUDD/CICAD: Jóvenes y Drogas en países de Sudamérica: un desafío para las políticas públicas, 2006.

<sup>2</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>

intermedia y Ecuador y Perú son los países con menor uso de estas drogas. Este hecho es particularmente claro respecto de marihuana y cocaína. Por otra parte, para las tres principales drogas estudiadas (marihuana, cocaína y pasta base) existe un alto porcentaje de consumidores que muestran signos de dependencia. En este aspecto también hay bastante variabilidad entre los países, sin embargo estos resultados son una clara señal del poder de adicción de cualquiera de estas drogas (con diferencias entre ellas), con las esperables consecuencias negativas que esta situación conlleva, tanto en el ámbito personal, familiar y social, pero también respecto de los sistemas sanitarios de los países, donde una demanda masiva de tratamiento sería bastante complejo de satisfacer en la mayoría de ellos.

Este estudio demuestra también que, tanto en los países con alto nivel de consumo de drogas ilícitas como en los de bajo consumo, mayoritariamente los usuarios de drogas ilícitas consumen una sola droga, principalmente marihuana, por lo cual no debiera extrañar entonces que esta sea una de las

droga por la cual existiría una mayor demanda de tratamiento en varios de estos países<sup>3</sup>.

Por otra parte, se observa una asociación importante entre el consumo de drogas ilícitas y la percepción de facilidad de acceso a ellas. En efecto, aquellos países que presentan mayor nivel de consumo son también los países donde existe una mayor percepción respecto de que es fácil conseguir drogas. Lo mismo ocurre con la oferta de drogas, en el sentido de que en aquellos países donde hay una mayor declaración de consumo de drogas ilícitas, hay también una mayor declaración de haber recibido oferta directa de drogas, ya sea para comprarla o consumirla.

En relación a las drogas lícitas contenidas en este reporte, tabaco y alcohol, son por lejos las drogas de mayor uso, independientemente de la edad y sexo de las personas. En cuanto al alcohol, y dado la magnitud del consumo, resulta muy preocupante los altos porcentajes de personas con consumo problemático, superando el 40% de los consumidores en algunos países.

<sup>3</sup> En Argentina, en el año 2007, según el Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento a nivel nacional, el 23.1% (795 casos) están en tratamiento por marihuana, es la segunda droga después del alcohol (33.8%). En Perú, de acuerdo a la "III Encuesta Nacional de consumo de Drogas en Población General del Perú 2006", 41001 personas requieren acceder a algún tipo de tratamiento por consumo de marihuana. En Chile, en el año 2006, unos 2000 pacientes están en tratamiento por consumo de marihuana, que representan el 27.7% del total de pacientes atendidos y es la segunda droga que motiva la búsqueda de tratamiento, después de la pasta base. En Uruguay se observa un leve incremento de la demanda de tratamiento por consumo de marihuana, principalmente en jóvenes.





# CAPITULO I:

## ASPECTOS GENERALES

### I.1 PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

El propósito de este Estudio Comparativo, como producto del Sistema Subregional, es fortalecer las políticas públicas en materia del consumo y tráfico de drogas, proporcionando información válida, confiable y comparable, de manera de contribuir al mejor conocimiento sobre la problemática, fortaleciendo los sistemas de información de las comisiones nacionales de drogas. Este propósito se complementa con la meta de avanzar en el desarrollo de las mejores metodologías para estimar el consumo, abuso de drogas y factores de riesgo asociados, basado en el intercambio de experiencias entre los países participantes y el respaldo de la vasta experiencia internacional acumulada hasta el presente.

Específicamente, los objetivos propuestos al implementar de manera conjunta el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, mediante encuestas en hogares en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, son:

- Determinar las prevalencias de vida, año y mes de consumo de tabaco, alcohol, marihuana cocaína y pasta base en la población de 15 a 64 años, según sexo y edad, y comparar los resultados entre los países
  - Estimar y comparar los porcentajes de población con signos de dependencia al consumo de marihuana, cocaína y pasta base.
  - Determinar la distribución de los factores de riesgo y protección asociados al consumo, tales como percepción de riesgo, percepción de facilidad de acceso a las diferentes drogas ilícitas y oferta de drogas, y comparar sus resultados entre los países.
- Evaluar la relación entre el consumo de drogas y factores de riesgo en cada uno de los países.
  - Conocer la composición del poli consumo en cada uno de los países.
  - Determinar y comparar las edades de inicio en el consumo de drogas legales e ilegales analizadas.

Por otra parte, interesa presentar, de manera global, los indicadores sociodemográficos de cada país, precisamente para hacer visibles las diferentes estructuras demográficas y socioeconómicas que los países presentan; los esfuerzos que los países llevan adelante en materia de políticas preventivas y asistenciales y la normativa vigente en cada país sobre la regulación de la comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y las leyes sobre el consumo de drogas ilícitas. Se incorporaron estos datos como marco general de las poblaciones en donde se estimaron las tasas de consumo, abuso de drogas y factores de riesgo asociados. Este esfuerzo se constituye en un avance para la comprensión de la problemática del consumo de drogas, considerando que en ésta intervienen diferentes factores explicativos. Sin embargo, no se explicitan hipótesis, se muestra información adicional que se considera relevante y que deberá profundizarse en otros análisis que tengan como objetivo identificar las diferentes estructuras sociales, culturales, económicas y su relación con el consumo, abuso de drogas.

### I.2 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

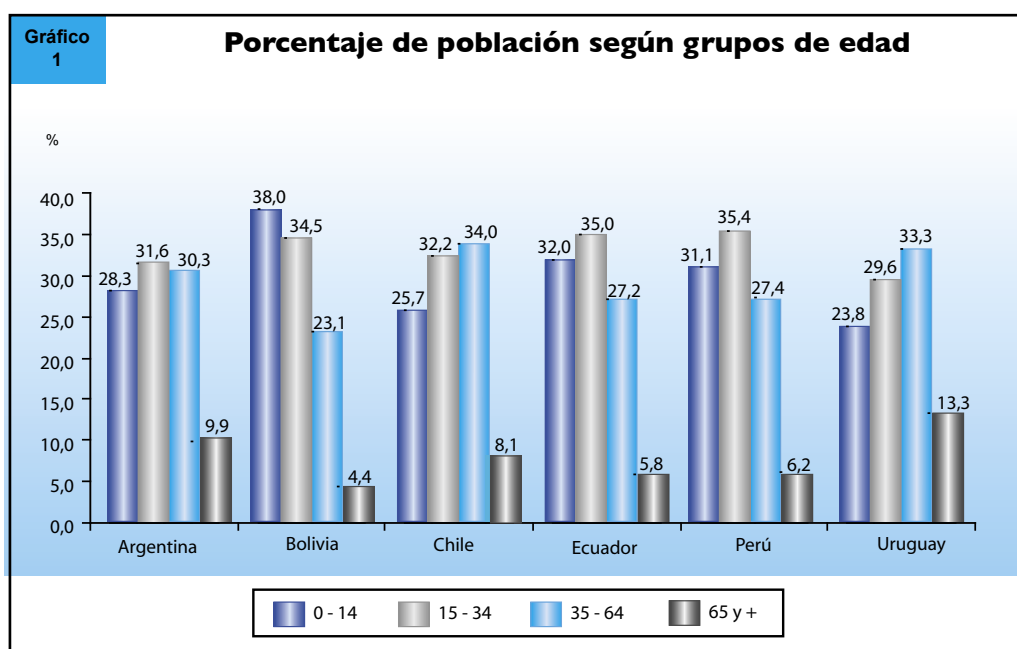
Los países que integran el Sistema Subregional y de los cuales se informan sus niveles de consumo de alcohol, tabaco y demás sustancias psicoactivas de uso indebido e ilícitas, son países que tienen especificidades en su estructura demográfica, social y económica, además de tener tamaños de población que varían entre 3.323.906 personas en Uruguay,

según proyecciones realizadas para el año 2007, a 38.970.611 de personas en Argentina, según proyecciones para igual año. En el interior de este rango, está Perú que según el Censo del año 2005 tiene 26.152.265 de habitantes, Chile cuenta hacia el año 2007, con 16.598.074 personas, Ecuador con 13.408.270 y Bolivia con 9.627.269.

Las estructuras demográficas al interior de cada país, resultan en pirámides poblaciones donde el peso de la población de 0 a 14 años es mayor en Bolivia y Ecuador, que en el resto de los países, en tanto que Uruguay presenta la estructura más envejecida, seguido por Argentina y Chile. Este resultado está vinculado a tasas de fecundidad general (TFG)<sup>1</sup> diferenciales según los países.

Mientras que Bolivia y Ecuador presentan las tasas más elevadas (3,7 y 3,1 hijos por mujeres en edad fértil cada mil habitantes), en Uruguay se encuentra la más baja, de 2 hijos. Argentina y Chile tienen una TFG de 2,4 y 2,2 hijos respectivamente y Perú 2,9 hijos.

A continuación (gráfico 1) se presentan las estructuras demográficas para cada país, considerando la distribución porcentual de la población según grupos de edad: de 0 a 14 años, de 15 a 34 años, de 35 a 64 años y más de 65 años. Se observa que Ecuador, Bolivia y Perú tienen los porcentajes mayores de población de 15 a 34 años –alrededor del 35%–, grupo de edad prioritario en el análisis del consumo de drogas en Argentina y Chile este porcentaje desciende al 32% y en Uruguay alcanza al 29,6%.



<sup>1</sup> Tasa de Fecundidad General: relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un período de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil (15 a 49 años), en igual periodo de tiempo, por mil habitantes.

La esperanza de vida al nacer es más alta en Chile de 77,4 años, seguida por Uruguay con 75,6 años y Argentina con 75,2 años. En Ecuador la esperanza de vida al nacer es de 75 años, en Perú es de 71 años para zonas urbanas y de 65 años en zonas rurales y en Bolivia de 62,9 años.

En todos los países, con excepción de Bolivia, el proceso de urbanización alcanzó a más del 60% de la población, pero es más elevado en Argentina, donde el 89,4% de la población vive en zonas urbanas (localidades de más de 2.000 habitantes), siguiendo Chile con el 86,6% y Perú con el 74,3%. Ecuador y Uruguay tienen porcentajes que sobrepasan el 60% (63,9% y 63,5% respectivamente). En Bolivia, según datos del censo del año 2005, el 55,2% de la población vive en localidades consideradas urbanas.

Respecto de los indicadores de actividad económica<sup>2</sup>, la tasa de actividad económica refiere a la proporción de población económicamente activa (14 a 64 años que está ocupada o desocupada) respecto de la población total y es un indicador de la magnitud de población que está inserta o que quiere estarlo en la actividad económica o mercado de trabajo de un país. La tasa más elevada, corresponde a Perú, con el 70,3% seguida por Uruguay, con el 62,6%. En Ecuador es del 48,5%, Argentina es del 46,3%, en Chile del 41,3% y en Bolivia del 38,2%.

La tasa de empleo, vincula a la cantidad de la población ocupada en actividades económicas respecto de la población total, indicando una relación de magnitud entre activos e inactivos económicamente. Uruguay tiene la tasa de empleo más alta, del 57,3%, seguida por Bolivia con el 54,9%, Ecuador con el 53,5%, Perú con el 43,3% y por último Argentina con el 42,4% y Chile con el 38,2%.

El desempleo observado a partir de las tasas de desocupación son similares entre los países (Argentina, Bolivia, Ecuador, Perú y Uruguay), con valores entre el 8% y 9%, salvo Chile que la tasa es del 7,8%. La tasa de subocupación alcanza al 56,6%

en Perú, al 56,4% en Ecuador, al 10% en Argentina y al 9,1% en Uruguay.

Los niveles de pobreza<sup>3</sup> según los indicadores de cada país, indican que el 67,3% de la población en Bolivia se encuentra en situación de pobreza, el 48,3% de la población en Ecuador, el 44,5% en Perú, el 26,9% de la población en Argentina, el 25,2% de la población en Uruguay y el 13,7% de la población en Chile.

El ingreso per cápita estimado para el año 2006<sup>4</sup> y expresado en dólares para cada uno de los países se ubican en el siguiente orden decreciente: Argentina 15.290, Chile 11.270, Uruguay 11.150, Perú 6.080, Ecuador 4.400 y Bolivia 2.890. Estas cifras están vinculadas al valor del producto interno de cada país y el tamaño de su población. Un indicador que muestra las desigualdades de ingreso en un país, es el Coeficiente de Gini, que varía de 0 a 1, donde 1 indica la máxima inequidad. Tomando este indicador, se observa que los países de la región, se ordenan de manera diferente al indicador anterior. El país con menor inequidad del ingreso es Uruguay, con un índice de 0,449 (año 2006), seguido de Bolivia con un 0,47 (2005) Argentina, donde el coeficiente es de 0,486 (año 2006), Perú con 0,52 (2003), Ecuador con 0,531 (2006) y Chile con un Gini de 0,54 (2006).

En síntesis, a partir de los más de diez indicadores demográficos y socioeconómicos presentados, los seis países que conforman el Sistema Subregional tienen especificidades que indican diferentes historias demográficas y de desarrollo económico y social. En este sentido, más allá de la magnitud demográfica de cada uno, con extremos de 3 millones a 38 millones de personas y países con estructuras demográficas jóvenes, intermedias y envejecida, los indicadores de crecimiento económico y distribución del ingreso muestran realidades complejas al interior de cada territorio nacional. Si bien podemos encontrar ciertas similitudes entre Argentina, Chile y Uruguay por un lado, y Bolivia, Ecuador y Perú por el otro, según

<sup>2</sup> Los datos corresponden en Argentina, al año 2007, Bolivia 2004 y 2005 (desempleo y tasa de actividad), Chile 2007; Ecuador 2006, Perú 2006, Uruguay 2007. En todos los casos, la información es suministrada por los Institutos de Estadísticas y Censos de cada país.

<sup>3</sup> Igual fuentes de información que para el mercado de trabajo. Ver pie de página anterior.

<sup>4</sup> Fuente: World Development database, World Bank. 2007

el indicador observado, también encontramos diferencias sustanciales entre los mismos, de manera tal que sería inadecuado indicar grupos homogéneos al interior de los países analizados.

### **I.3 PRINCIPALES ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA**

En este acápite el objetivo es mostrar en forma general los distintos esfuerzos que los países están realizando en materia de políticas preventivas y asistenciales, niveles de cobertura, años de experiencia y si han avanzado en programas de evaluación de las políticas implementadas. En todos los países se encuentra una mayor experiencia en las políticas preventivas en el ámbito escolar, en las cuales tienen experiencia de varios años. Pero en relación al ámbito comunitario, laboral, o en familias, la experiencia es menor según cada país. Lo mismo ocurre con la utilización de los medios de comunicación masiva para la implementación de campañas específicas.

Respecto de la atención de pacientes con problemas de abuso y dependencia de drogas, y la disponibilidad de información sobre centros de tratamiento y sobre la cantidad de pacientes en tratamiento, los avances en cada país son diferentes, y como característica general a todos, la cobertura de la información es aún parcial.

En **ARGENTINA**, es oportuno aclarar que SEDRONAR, la Comisión Nacional de Drogas, tiene por funciones la programación de las políticas preventivas y asistenciales y la coordinación de su implementación a través de un Consejo Federal. El país se conforma administrativamente por 24 provincias autónomas, con las cuales el gobierno nacional debe consensuar y articular las políticas sobre drogas.

En materia de políticas preventivas ejecutadas por la SEDRONAR, desde el año 2005 se definieron distintos programas con alcance nacional, destinados a población escolar del nivel primario y medio, en el ámbito comunitario y en poblaciones específicas. La prevención en el ámbito familiar se realiza de modo transversal en los Programas de prevención

educativo, laboral y comunitario. Hacia el año 2007, estos programas están en proceso de ejecución, con lo cual la cobertura definida aún no ha sido lograda.

Específicamente en el **ámbito escolar**, la prevención se realiza mediante la promoción de técnicas participativas destinadas a alumnos con el objetivo de promover el desarrollo de habilidades para la vida. Se entregan materiales didácticos e informativos sobre la problemática.

En el **ámbito laboral**, se realizan jornadas de capacitación a los responsables de las áreas de recursos humanos para el desarrollo de actividades de prevención al interior de las empresas, con entrega de material didáctico sobre la problemática.

El Programa de **Prevención Comunitario “Prevenir”** tiene como finalidad la transferencia a los municipios y organizaciones de la comunidad, de capacidades y tecnologías de prevención integral para emprender acciones en tal sentido, estimulando la movilización y el fortalecimiento de las redes locales. El programa consiste en la asistencia técnica a los actores claves de la comunidad para el diagnóstico, implementación, monitoreo y evaluación de las acciones preventivas diseñadas específicamente.

Los programas preventivos desarrollados en **poblaciones específicas** se implementan desde el año 2005. Por un lado, está el programa destinado al personal del Servicio Penitenciario Federal, a través de cursos de capacitación. Por otro, el Programa Preventivo del Ámbito Deportivo, que tiene como población objetivo a entrenadores y jóvenes deportistas. La metodología implica la realización de talleres participativos para el fortalecimiento de los factores de protección y disminución de los factores de riesgo. Por último, existe un programa destinado a la población juvenil, de 16 a 26 años, identificados como líderes. Se realizan jornadas de sensibilización sobre la problemática y entrega de materiales.

En **programas de evaluación de las políticas preventivas** se ha avanzado en evaluaciones de proceso y en evaluación de impacto en un programa específico en niños en condición de vulnerabilidad social, programa desarrollado en

una población específica y local. Se están realizando avances en el diseño de programas de evaluación de impacto para los diferentes programas en ejecución.

En relación a la información sobre **Centros de Tratamiento** en el país, SEDRONAR dispone de un Registro Nacional de centros de tratamiento, pero no tiene estatus de censo. Están registrados 171 centros en el año 2007, diferenciados por tipo de tratamiento (ambulatorio, residencial y mixto). Sin bien SEDRONAR no cuenta aún con ningún programa de evaluación de tratamientos, se realizan auditorías. Por un lado audita a las instituciones registradas de manera personal para evaluar el cumplimiento de los requisitos mínimos que solicita el registro para permanecer en él. Tanto a nivel de infraestructura como de recursos humanos y programas asistenciales brindados. Este tipo de auditoría es mensual para Capital Federal y Gran Buenos Aires y cada dos meses para el resto de las provincias. Por otro lado se realiza un seguimiento de cada uno de los pacientes que tienen subsidios de tratamiento en SEDRONAR, también de manera personal, con el objetivo de evaluar el cumplimiento del tratamiento. Este seguimiento se realiza mensualmente y para todos aquellos pacientes que concurren a instituciones dentro de Capital Federal y el Gran Buenos Aires. Como complemento, se realiza un seguimiento de la familia cercana al paciente, quienes concurren una vez por mes a SEDRONAR para reunirse con los auditores y objetivar las mejoras o no del paciente.

En algunas cárceles del país existen Centros de Rehabilitación para la población privada de la libertad con problemas de adicciones. En la Unidad Penitenciaria de Gorina (Provincia de Buenos Aires) durante el año 2006 estaban en tratamiento 293 internos.

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) cuenta con un Registro Continuo de pacientes en tratamiento desde el año 2005, de carácter nacional, incorporando hasta el año 2007 a 82 Centros de Tratamiento, públicos y privados, con un total de 3596 registros. Sobre esta muestra se efectúan análisis sobre patrones de consumo, tipo de tratamiento recibido y perfiles sociodemográficos asociados. Se prevé para el año 2008, realizar un Censo Nacional de Centros de Tratamiento, debido

a que el OAD cuenta con el primero realizado en el año 2003 que debe actualizarse. De igual manera, se diseñará y ejecutará un programa de evaluación de eficacia y eficiencia de programas de tratamiento por abuso y dependencia de drogas.

En **BOLIVIA**, dentro de la estructura orgánica de la Dirección General de Defensa Social que depende del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, se cuenta con la Jefatura de Unidad de Prevención Holística, que en el mediano plazo tiene como objetivo principal generar y fortalecer mecanismos de coordinación, sinergia y apoyo a través de la participación activa de actores sociales e institucionales relacionados con la Prevención Holística Universal.

En el país, se desarrolla un Programa **preventivo en población escolar** de 13 a 18 años, cuyo inicio se ubica en el año 1999. El nivel de cobertura alcanzado hacia el año 2007 es del 10,5% de la población objetivo y la metodología empleada es la producción de materiales preventivos, distribución transversal de los contenidos y ejecución de talleres de capacitación psicológica. Ya se ejecutó el Programa "Aventura de Vida", proyecto que trabaja para prevenir el consumo de drogas a partir del fortalecimiento de las habilidades sociales de los niños y niñas comprendido entre las edades de 6 a 13 años.

Desde el año 1999 se implementa un **programa preventivo destinado a las familias**, de alcance nacional y municipal, cuya cobertura es del 65% de la población objetivo. Se realiza mediante la formación de equipos técnicos municipales, talleres participativos y producción de materiales.

El país no ha desarrollado aún programas preventivos en el ámbito laboral, comunitario o en otras poblaciones específicas.

En cuanto a la disponibilidad de **registros de Centros de Tratamiento**, en el año 2005 se realizó la última actualización, contabilizando 66 centros de rehabilitación en todo el país, 64 de los cuales obedecen a iniciativas particulares y de ONG y solo dos son estatales. La información sobre pacientes en tratamiento no está actualizada.



En cuanto a la disponibilidad de metodologías de evaluación de programas, se encuentra en etapa de diseño una metodología para evaluar programas preventivos y de tratamiento.

En **CHILE**, los programas de reducción de la demanda son de carácter nacional y de amplia cobertura y tienen como principal propósito instalar una cultura preventiva en los principales ámbitos donde se desarrolla la vida de ciudadanos y ciudadanas (familia, escuela, trabajo, recreación y comunidad local), como una contribución al desarrollo integral de las personas y al fomento de estilos de vida saludable. Cada uno de estos programas han sido gestados sobre la base de sendos diagnósticos sobre la magnitud, tendencias y principales factores de riesgo/protección del consumo de drogas. El Sistema Nacional de Información sobre Drogas cuenta con información actualizada y continua desde el año 1994.

Entre los principales programas de prevención y tratamiento desarrollados a nivel nacional cabe destacar los siguientes:

En el ámbito de la educación, a partir del año 2003 se inició la implementación de un **programa de prevención escolar** de carácter continuo y sistemático para los diversos ciclos de enseñanza de la educación. El continuo preventivo escolar se inicia con el programa **“En Busca del Tesoro”** dirigido a estudiantes de nivel pre-escolar y continúa en el primer ciclo de la enseñanza básica, 1° a 4° básicos, con el programa **“Marori y Tutibú”**. Para alumnos entre el 5° y 8° básicos se desarrolla el programa preventivo **“Quiero Ser”**. Finalmente, en todo el ciclo de enseñanza media, cuya duración es de cuatro años, se desarrolla el programa de prevención para estudiantes secundarios **“Yo Decido”**. Cada uno de estos programas cuenta con materiales educativos de gran calidad. Así, dependiendo del programa, tal material comprende manuales para cada profesor, manuales para cada uno de los estudiantes, material educativo para las familias y materiales de apoyo tales como juegos, DVD, cuadernillos para actividades, etc. Los estudios de seguimiento muestran que en la actualidad más del 80% de los establecimientos educacionales del país acceden en calidad, cantidad y oportunidad adecuada a los materiales necesarios para la realización del continuo preventivo escolar.

Existe un **programa preventivo para familias**, denominado **“Prevenir en Familia”** e iniciado en el 2003, el cual constituye una herramienta para padres y/o apoderados interesados en abordar el tema de las drogas con sus familiares y fortalecer sus habilidades educativas hacia el desarrollo de habilidades sociales y personales para evitar el consumo de drogas. El programa se lleva a cabo a nivel nacional, en cada una de sus 15 regiones y ciudades con oficinas CONACE. Han participado 268.573 familias en el programa durante los años de su implementación. Hay experiencias de aplicación combinada del Programa Prevenir en Familia y Prevención Escolar y Prevenir en Familia y Prevención Laboral.

El país cuenta con un **programa de prevención en el ámbito laboral** que se aplica a nivel nacional con el compromiso previo, mediante la firma de un convenio, de empresas privadas y las entidades públicas interesadas en instalar una política preventiva. El programa **“Trabajar con calidad de vida”** se implementó en 2004. No existen datos acerca de la cobertura del programa, pero se ha firmado convenios con más de 500 empresas hasta inicios de 2008. Consiste en talleres que se aplican para generar políticas preventivas al interior de las empresas e instituciones y a sensibilizar a sus trabajadores. También existen talleres de preparación para la reinserción en el mundo laboral de personas que están en tratamiento de dependencia de drogas. El programa está dirigido a trabajadores, personal directivo, empresarios, ejecutivos de empresas públicas y privadas, a responsables de políticas de recursos humanos y dirigentes de organizaciones gremiales y sindicales.

Existe también prevención en el **ámbito comunitario** que se lleva a cabo en cada una de las 15 regiones y dentro de ciudades en que las/los habitantes tomen la iniciativa de desarrollar un proyecto. Esta iniciativa se inició en 1996. En Chile no existe ningún programa específico para la prevención a través de los **medios de comunicación masivos**, sino que se realizan campañas. Estas campañas se realizan a nivel nacional, a través de la televisión y la radio y se

iniciaron alrededor del año 2001. Están dirigidas a distintos grupos objetivos, de los que se espera que un 100% conozca estas campañas. El país cuenta con un programa de prevención y/o tratamiento del consumo de drogas para **niños y jóvenes en situación de calle**. Este programa se lleva a cabo a nivel nacional, regional y comunal y se inició en el año 2002. La población objetivo de este programa son niños y adolescentes en situación de calle, entre 13 y 18 años, y sus familias.

En lo referente a **Centros de Tratamiento**, el país tiene un registro de centros de tratamiento con convenio para consumidores problemáticos de drogas a nivel nacional, regional y municipal, que se actualiza mensualmente. Se cuenta con 126 centros públicos en convenio de los cuales 102 atienden a población general, 3 a mujeres y 21 corresponde al programa infanto-adolescente. De los 91 centros privados que mantienen convenio con CONACE, 59 atienden población general, 16 corresponden al programa para mujeres y 16 al programa infanto-adolescente. Es decir, un total de 217 centros de tratamiento, entre públicos y privados, tienen Convenio con CONACE. Además de esto existen 98 centros que atienden a niños y adolescentes infractores de ley.

En cuanto a la **evaluación de los programas**, en líneas generales todas las actividades de prevención son evaluadas en sus procesos de gestión mediante el seguimiento a través de un sistema informático en línea conocido como programa “Colabora”. Desde las oficinas de CONACE en Comunas y Regiones se informa hacia el nivel central el estado de avance y cumplimiento de metas de los diversos programas. Adicionalmente, algunos de ellos han sido evaluados en sus resultados: Programa de Prevención Escolar “Quiero Ser” en 2003 y 2007; Programa de Prevención “Prevenir en Familia” en el año 2003; Programa de Prevención a Nivel Territorial “Previene en tu Comuna” en los años 2001 y 2006; Programa de Prevención Laboral “Trabajar con Calidad de Vida” en 2007. En Chile existen metodologías para la evaluación de los programas de tratamiento. La evaluación de procesos de estos programas es realizada mediante un sistema de monitoreo y seguimiento permanente

implementado en el marco del Convenio entre CONACE, el Fondo Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública. Paralelamente y como evaluación de los resultados de los programas de tratamiento, y en el marco del mismo Convenio, se está realizando el seguimiento a 36 meses de una cohorte de pacientes egresados de planes de tratamiento, el que concluirá a fines del año 2008.

**ECUADOR** cuenta con un programa nacional de prevención en **población escolar**, destinado a estudiantes, que se ejecuta desde el año 1995 bajo la responsabilidad del Programa de Educación Preventiva del Uso Indebido de Drogas del Ministerio de Educación. La cobertura lograda hasta el año 2007 es del 10% de la población objetivo. Este programa se ejecuta mediante talleres y trabajo con jóvenes. A nivel regional, el país tiene un programa preventivo para el **ámbito comunitario** destinado puntualmente a la población de barrios urbanos, que consiste en actividades destinadas a formar formadores y subproyectos específicos con familias, se ejecuta desde el año 2005.

En **poblaciones específicas**, desde el año 1999 y a nivel regional, se ha implementado un programa dirigido a niños en situación de calle, de 6 a 14 años. Ha logrado una cobertura del 40%.

En Ecuador no se han implementado programas de prevención en el ámbito laboral ni en medios de comunicación masiva.

En cuanto a la disponibilidad de información sobre **Centros de tratamiento**, el país dispone desde el año 2002 con un registro a nivel nacional, y se clasifican según el Reglamento de Control y Funcionamiento de Centros.

Respecto a datos de **pacientes en tratamiento**, se releva información nacional de los pacientes atendidos mediante el cuestionario SIDUC-CICAD. Por otra parte, existen tratamientos para la población privada de la libertad de los Centros de Rehabilitación Social de Quito, Guayaquil y Loja.

Ecuador no tiene implementado programas de evaluación para medir el nivel de impacto de los programas preventivos o asistenciales, y no cuenta aún con metodologías con este objetivo.

En el Perú, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas “DEVIDA”, es el Ente Rector que conduce las políticas y programas de la lucha contra las drogas en el marco de la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas, con enfoque integral, multisectorial y descentralizado. Desde el año 1998 se ejecuta un programa **preventivo en el ámbito escolar** a nivel nacional, dependiente del Ministerio de Educación. Se introdujeron, a través del diseño curricular nacional y la tutoría, contenidos preventivos. Posteriormente, bajo el enfoque de la promoción de “estilos de vida saludable” (Prevención del uso indebido de drogas, VIH/sida y violencia) se trabajó con las Direcciones Regionales de Educación del país. Actualmente se viene implementando un plan educativo para detección temprana y derivación oportuna del consumo de drogas. La metodología empleada se centra en la formación de agentes preventivos de la comunidad educativa a través de talleres participativos dirigidos a docentes tutores, para realizar actividades de sensibilización o de prevención como parte de su trabajo de tutoría. También se involucra en las acciones preventivas a los estudiantes que conforman el Comité de prevención del consumo de drogas de la institución educativa. El 25% de la población objetivo -estudiantes secundarios- ha recibido el programa.

En el **ámbito familiar**, el Perú cuenta con un programa piloto denominado “Familias fuertes, amor y límites”. Se aplica desde el 2006 en seis distritos de Lima Metropolitana. El Programa está orientado a reducir factores de riesgo en las familias a través de la implementación de estrategias de protección para jóvenes y padres o tutores, a fin de evitar la aparición de conductas no aceptadas socialmente, como el consumo de drogas y la violencia. Este programa se desarrolla en Talleres de 7 sesiones diferenciadas entre padres e hijos con el propósito de mejorar la comunicación e integración familiar y brindar información sobre drogas.

El Perú cuenta con un programa de prevención del consumo de drogas en el **medio laboral**, conducida por ONGs especializadas en el Tema. Se aplica en 4 regiones desde el año 1996: Lima,

Arequipa, Trujillo y Huaraz, y está dirigido a trabajadores, funcionarios y familiares. La cobertura alcanzada es del 13%.

En el **ámbito comunitario** Perú cuenta con el Programa “Mundo Bus” –Red de Bibliobuses para la Prevención Primaria del Consumo de Drogas y la Promoción de la Lectura en Lima y Callao” a nivel municipal desarrollado desde el año 2001. Hacia el 2007 el 34% de la población objetivo –niños y adolescentes de las zonas urbano- marginales- ha recibido el programa.

El país cuenta con campañas preventivas en medios radiales y televisivos desarrolladas principalmente por ONG’s. En poblaciones específicas, se está implementando un programa de prevención y atención con menores infractores entre 13 y 17 años en Lima Metropolitana desde el año 2006. La cobertura lograda alcanza al 30% de la población objetivo.

En relación a la información sobre **Centros de Tratamiento**, el Ministerio de Salud en coordinación con DEVIDA promueve una Red de Atención Integral en Salud del Abuso y Dependencia de Alcohol y otras Drogas, la misma que ha permitido ampliar la oferta pública a 32 programas de tratamiento a nivel nacional, de los cuales Lima cuenta con 10 Hospitales y Centros de Salud que brindan programas de tratamiento y rehabilitación con modalidades de atención ambulatorio y residencial; así como 22 Hospitales y Centros de Salud que brindan programas de tratamiento ambulatorio al interior del país. Respecto a la oferta privada el MINSa cuenta con 43 centros de atención para dependientes de sustancias psicoactivas registrados, autorizados y supervisados.

También se cuenta con un programa de tratamiento para población reclusa en dos establecimientos penitenciarios de Lima.

En cuanto al desarrollo de evaluaciones de programas preventivos, en el año 2006 se realizaron las evaluaciones correspondientes a los programas “Red de Bibliobuses para la prevención primaria del consumo de drogas y para la promoción de la lectura en Lima y Callao” y el Programa de Prevención del consumo de drogas



y de rehabilitación de toxicómanos que ejecutó DEVIDA. Ambas evaluaciones están finalizadas.

El Perú realizó y finalizó un estudio de tipo cuasi-experimental titulado “Consejo Psicológico y sesiones motivacionales en casos de drogodependencia” para evaluar la eficacia del programa de intervención temprana “Lugar de Escucha”.

En **URUGUAY** la Junta Nacional de Drogas – JND (órgano rector en materia de drogas) desarrolla programas preventivos para diferentes segmentos poblacionales. Para la población escolar y secundaria, y enseñanza técnica, partiendo en los 8 años y hasta los 17 años. **Para la población escolarizada entre 8 y 12 años** se cuenta con 4 programas de abordaje inespecífico en el marco de la prevención de la salud y el desarrollo de habilidades para la vida. Los programas son: 1) “La aventura de la vida” (eje: promoción de salud, desde la educación en valores con énfasis en la prevención del uso problemático de drogas. El material desarrolla cuatro ejes temáticos: autoestima, habilidades para la vida, drogas y hábitos saludables 2) “Programa Garabatos” (habilidades para la vida - se trabaja con la Aventura de la Vida, se trata de 10 láminas) 3) “Habilidades para la ciudadanía” (reforzamiento de valores comunitarios) se apuesta a fomentar los valores y la responsabilidad ciudadana en niñas y niños, a promover la participación en la vida de la comunidad con una visión crítica y proactiva y a facilitar la comprensión de la función socio-económica de los tributos 4) Habilidades para la huerta (habilidades para la vida), trabajo de las Habilidades para la Vida a través de la realización de Huertas Orgánicas en el ámbito escolar, familiar y comunitario. Pretende promover estilos de vida saludables y estrategias de desarrollo sostenible y sustentable proporcionando recursos para que niños y docentes puedan conocer y profundizar el trabajo con huertas orgánicas asociándolo al desarrollo de habilidades para la vida.

**Para la población escolarizada entre 12 y 17 años** se encuentra el programa “Centros Educativos Responsables”, a nivel nacional. Tiene como finalidad sensibilizar, actualizar y capacitar, brindando elementos centrales para la prevención

del uso problemático de drogas y estrategias que les permitan un mejor abordaje y comprensión de la problemática en los centros educativos. Se aplican particularmente dos Programas de Prevención: 1) “Reto de la Libertad”, fomenta la adquisición de valores sociales y hábitos de vida saludables, favorecer el análisis de la influencia de la publicidad en la sociedad de consumo, y trabaja la habilidad: “pensamiento crítico”, especialmente en torno a la importancia de la comunicación humana, y contribuye a desarrollar en los alumnos diferentes mecanismos de defensa ante las estrategias utilizadas en la oferta del consumo de drogas. Su Evaluación ha sido hasta ahora realizada por parte de la Comisión Mixta: Junta Nacional de Drogas y Educación. 2) Programa preventivo **para niños y jóvenes que viven en zonas marginales**, iniciado en el año 2006, denominado “KO a las Drogas” (boxeo, basketball y otros deportes) para población de zonas de alta vulnerabilidad social como medio para el logro de hábitos saludables de vida.

**Programa de Prevención en Educación Media: FIEBRE**, con el objetivo de: 1) favorecer el proceso de reflexión crítica sobre las actitudes y comportamientos de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol, tránsito y sexualidad. 2) Promoción de conductas de minimización de los riesgos. 3) Mejorar la información sobre el alcohol y otras drogas, su consumo y los riesgos asociados. Este programa está destinado a jóvenes de 15 a 20 años aproximadamente.

En términos de programas **preventivos en el ámbito laboral**, se continúa trabajando en las pautas para la negociación colectiva (con inclusión de Cláusula Marco en los Consejos de Salarios) y Protocolo de Actuación ante situaciones de consumo de alcohol y drogas en el trabajo. En el marco de este Protocolo, se cuenta actualmente con la Unidad de Vigilancia (Departamento de Salud Ocupacional del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República). Esta unidad tiene como objetivo la realización de un diagnóstico de la persona y familia del trabajador involucrado, de un plan terapéutico, y/o derivación del trabajador a los servicios correspondientes.

En el año 2008-2009 la JND implementará el Proyecto de Prevención del Uso de Drogas en el Trabajo y la Familia (Modelo SESI-RS/OIT/OMS/ Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito para el Cono Sur) en las empresas públicas de Uruguay, con los siguientes objetivos: 1) Promoción de Salud, promover un clima laboral saludable, 2) promover conductas y actitudes vinculadas con la calidad de vida de los trabajadores y la familia. En esta primera etapa comenzarán a implementarlo ANTEL Administración Nacional de las Telecomunicaciones, UTE Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas, Bando de Previsión Social Y ANCAP Administración Nacional de Combustible, Alcohol y Portland, aspirando a que las catorce empresas públicas lo apliquen en las siguientes etapas.

En la implantación del proyecto está prevista una investigación permanente: ex ante, mediante y post: a) accidentes de trabajo, b) ausentismo, c) ambiente saludable de trabajo d) aumento de la productividad, e) disminución de gastos en salud. Este programa se plantea los siguientes objetivos específicos: a) diagnosticar el perfil de la empresa y las características empresariales propias, b) planificación de todas las acciones de la prevención específica de los consumos de drogas, c) incorporar la prevención de los usos problemáticos de drogas a la familia del trabajador y a la comunidad, d) permite incorporar planes de prevención sistemática y continua dentro de la empresa, única forma eficaz de realizar prevención, e) desarrollar estrategias de captación temprana de los usos problemáticos de drogas en los trabajadores, f) permite la implementación y/o construcción de una política relativa al uso de drogas en la empresa y g) creación de un comité orientador y rehabilitador dentro cada una de las empresas, para abordar la problemática en la empresa y secundariamente en la familia del trabajador.

El programa preventivo en el **ámbito comunitario** se encuentra en fase de capacitación de equipos que aplicarán el programa en todo el país. Este programa es de entrenamiento en habilidades educativas familiares para padres y familias.

En relación a la información disponible sobre **Centros de Tratamiento**, el país cuenta, -a través del Observatorio Uruguayo de Drogas-, con el registro de todos los centros de tratamiento de cobertura nacional y se actualiza trimestralmente (56 centros de los cuales 20 son públicos, - incluido uno público especializado en menores), también existe un centro especializado en población detenida. En cuanto a programas de tratamiento en población privada de la libertad, se implementó a fines del 2007 un servicio de rehabilitación mediante la modalidad de Acompañante Terapéutico.

En materia de metodologías de evaluación de programas de prevención, sólo se cuenta con la evaluación implícita en los programas respectivos (si cuenta con ello). Actualmente nuestro país dispone de Protocolos Nacionales que normatizan las metodologías de tratamientos e incluye la evaluación. Ya se cuenta con los manuales de procedimientos y normativas legales para el control y la autorización de los centros de tratamiento en todo el territorio nacional lo que incluyen fichas de registro y de seguimiento.

#### I.4 NORMATIVAS VIGENTES SOBRE CONSUMO Y COMERCIALIZACIÓN

En este apartado se mencionan las normativas vigentes en cada país respecto del consumo y tráfico de drogas ilícitas, sobre consumo y comercialización de bebidas alcohólicas, tabaco y psicofármacos. Se presenta información resumida haciendo hincapié en los ejes principales, de manera de tener una visión general acerca de los niveles de control existentes frente al consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Respecto del consumo de drogas ilícitas:

- En Argentina el artículo 12 de la ley 23.737 (1989) establece la pena de prisión de dos a seis años para quien consuma estupefacientes con ostentación y trascendencia al público. El artículo 13 establece, en el caso que se usaren estupefacientes para cometer un delito, el agravamiento de la pena en un tercio de la misma. No obstante, la ley no penaliza

el consumo privado de drogas ilícitas sino que castiga la tenencia de las mismas. Sin embargo, se consideran instancias educativas y curativas según el consumo sea experimental o presente signos de adicción. La misma ley prohíbe el tráfico de estupefacientes.

- En Bolivia la Ley N°1008 (1988), "Ley del régimen de la coca y sustancias controladas". Art. 46°.- Plantas controladas: El que ilícitamente sembrare, plantare, cosechare, cultivare o colectare plantas o partes de plantas señaladas por el anexo a que se refiere el inciso a) del artículo 33° de la presente ley, será sancionado con la pena de uno a dos años de presidio, en caso de reincidencia de dos a cuatro años y de doscientos cincuenta a quinientos días de multa. Art. 48°.- Tráfico: El que traficare con sustancias controladas será sancionado con presidio de diez a veinticinco años y diez mil a veinte mil días de multa. Art. 49°.- Consumo y tenencia para el consumo: El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.
- En Chile, Ley 20.000: Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, promulgada el 02 de febrero de 2005 y publicada en el Diario Oficial el 16 de febrero de 2005. No está penalizado el consumo personal.
- En Ecuador, el tráfico está penalizado en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, N° 108, Codificación 25, Registro Oficial Suplemento 490 de 27 de Diciembre del 2004. No está penalizado el consumo personal.

- En Perú la Ley de represión del tráfico ilícito de drogas (N° 22095 de 1978) reprime el tráfico ilícito de drogas. Esta ley establece la atribución de competencias a las instituciones vinculadas al problema, considerando los siguientes aspectos: Previsiones de drogas con fines terapéuticos, Recuperación del Drogadicto, Producción, comercialización y control, Delito de tráfico ilícito de drogas y penas y Decomiso e incautaciones. Y la Ley N° 27817 (2002) regula la penalidad de las formas agravadas de la micro-comercialización de drogas, estableciendo la aplicación de penas privativas de libertad no menores de 6 años ni mayores de 12 años si el tráfico se da en *pequeñas cantidades*.
- En Uruguay la Ley 14294 (1974) Regula la comercialización y uso de estupefacientes. Establece el monopolio para la importación y exportación de sustancias psicotrópicas y crea la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías, la Comisión Honoraria y la Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas. Ley 17016 (1998), Normas referentes a estupefacientes y sustancias que determinen dependencia física o psíquica. Y el Decreto 298-299 (1999) reglamenta disposiciones relativas a normas referentes a estupefacientes y sustancias que determinen dependencia física o psíquica; se penalizan diferentes conductas vinculadas en general al comercio ilícito de drogas y al narcotráfico, y en particular al blanqueo de activos procedente de dichas actividades y delitos conexos.

Respecto de **normativas que regulen la comercialización y consumo de tabaco**, todos los países cuentan con leyes y reglamentaciones que limitan la publicidad, estipulan la obligatoriedad de llevar en los envases, con letra clara y en espacio visible,

leyendas que adviertan sobre la nocividad de fumar y declaran la prohibición de fumar en lugares públicos y cerrados. Estas normativas, tienen diferentes años de ejecución, pero en todos los casos se inician a partir del año 2000<sup>5</sup>. En el caso de Argentina, esta última reglamentación no tiene alcance nacional y se regula en cada una de las provincias. Uruguay, Bolivia y Chile ratificaron el Convenio Marco para el Control del tabaco de la Organización Mundial de Salud.

La **normativa sobre comercialización y consumo de bebidas alcohólicas** tienen más

años de vigencia, desde el año 1994 en Uruguay y desde el año 1997 en Argentina<sup>6</sup>. La prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores y la restricción de su consumo en la vía pública se encuentra normatizado en todos los países. En Argentina y Uruguay se encuentra reglamentada la publicidad sobre bebidas alcohólicas.

En todos los países existe normativa que reglamenta el proceso de elaboración, distribución y venta de medicamentos psicotrópicos. Estas leyes tienen un mayor tiempo de vigencia<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> **Argentina:** Ley 23.344. En el 2006 se modifica el artículo que limita la publicidad. **Chile:** Ley 20.105 (2006). **Ecuador:** Reformas al Reglamento General a la Ley Orgánica de Defensa del consumidor. Registro Oficial N°287 (2001) R.O. N°344. **Uruguay:** Ley 17.793 (2004) y Decreto 164/005 (2005). **Perú:** Ley 28.705 (2006) Ley General para la prevención y control de los riesgos de consumo de tabaco. **Bolivia:** Decreto supremo 29376 (2007), que reglamenta la Ley N° 3029 del 22 de abril de 2005 “Convenio Marco para el Control del Tabaco”.

<sup>6</sup> **Argentina:** Ley 24.788 (1997). **Chile:** Ley 19.925 (2004). **Ecuador:** Reformas al Reglamento General a la Ley Orgánica de Defensa del consumidor. Registro Oficial N°287 (2001) R.O. N°344. **Uruguay:** Ley 16.585 (1994), Ley 17.243 (2000) y Decreto 365/2000. **Perú:** Ley 28.680 (2006) Ley que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas.

<sup>7</sup> **Argentina:** Leyes 16.463 (1964), 17.818 y 19.303. Ley 23.737 (1989). **Chile:** Legislación Sanitaria en Materia de Fiscalización de estupefacientes y Psicotrópicos. Código Sanitario Ley 725. Ministerio de Salud. Libro IV Título I y II, artículos 106-107. **Ecuador:** Artículos 40 y 62 de la Ley 108. **Uruguay:** Ley 17.016 (1998) y Ley 14.294 (1974). **Perú:** Ley 26.842 (1997) Ley General de Salud. Cap. Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines. DS N°010-2005-SA.

## CAPITULO II: ASPECTOS METODOLOGICOS

En este capítulo, el objetivo es presentar la metodología implementada, haciendo especial énfasis en los aspectos que garantizan que los datos recolectados y procesados permiten el análisis comparativo entre los seis países del Subregional. En este sentido, en un primer momento se hace referencia a la muestra, población representada y aspectos del levantamiento de la información. En segundo lugar, al procedimiento para el cálculo de los indicadores que se presentan en el informe y por último, a las variables comunes que conformaron el cuestionario utilizado y las definiciones conceptuales y operacionales de los datos que se presentan en los capítulos siguientes.

### II.1 MUESTRA, POBLACIÓN REPRESENTADA Y LEVANTAMIENTO

La población objetivo se definió como **población urbana, de ambos sexos, de 12 a 65 años**. Cabe señalar que el tamaño mínimo de los asentamientos urbanos o ciudades incluidas en la muestra fue diferente para cada país, pero en todos los casos representa al menos el 70% de la población total en esta franja etaria. En este sentido, la muestra de Uruguay comprende a las localidades de 10 mil habitantes y más, Bolivia y Chile 30 mil y más (con excepción de Aysén en Chile), Perú 20 mil y más, Ecuador 50 mil y más y en la Región Oriente localidades de 24 mil y más, y en Argentina 80 mil y más, incluyendo dos capitales de provincia de menor tamaño.

Los dominios territoriales que cada país consideran la estimación de los datos a nivel regional y nacional, definiéndose específicamente las regiones y/o tamaño de aglomerados en cada uno de los países. El marco del muestreo se construyó de acuerdo a los últimos datos disponibles según los Censos Nacionales de Población y Vivienda que las Unidades

Estadísticas de cada país proveen oficialmente, con los ajustes y/o actualizaciones necesarios al año 2006. En todos los países, los últimos censos corresponden a los primeros años del 2000.

El diseño muestral contempló en todos los países una selección de muestra estratificada, trietápica y probabilística, que implica en la última etapa del muestreo la selección probabilística de una persona a ser encuestada mediante la aplicación de la tabla Kish, a partir del listado de todos los posibles encuestados en la respectiva vivienda, esto es, entre las personas de 12 a 65 años de edad que habiten regularmente en la vivienda seleccionada. Se estimaron tamaños de muestras teóricas que contemplaron un porcentaje de sobre muestra para garantizar el no reemplazo de casos no efectivos, como así también la realización de al menos 3 visitas al hogar para entrevistar a la persona seleccionada. Las tasas de no respuesta varían según los países, así como la composición al interior de las razones de no respuesta.

Ecuador, Argentina, Bolivia, Uruguay y Perú realizaron Pruebas Pilotos del instrumento y metodología, cuyos resultados no modificaron los lineamientos técnicos definidos con antelación, es decir lo referido a cuestionario, abordaje en campo y método de selección del encuestado. Chile no realizó prueba piloto por ser este estudio el séptimo que el país realiza con un cuestionario estandarizado.

El trabajo de campo en los seis países fue ejecutado por empresas privadas, luego de un proceso de licitación pública (Argentina, Bolivia y Chile), concurso de servicios (Ecuador) y concurso por invitación a empresas o institutos especializados en estudios de opinión e investigación social (Perú y Uruguay). En Ecuador, participaron dos consultoras que trabajaron sobre regiones diferentes.

El levantamiento de la información se realizó durante el último trimestre del año 2006 en Argentina, Chile, Uruguay y Perú, y en el primer cuatrimestre del año 2007 en Ecuador y Bolivia. Las entrevistas en todos los países fueron realizadas por un encuestador debidamente capacitado para la tarea y solamente en Chile se incluyó la posibilidad de responder, en la sección sobre consumo, de manera autoadministrada, modalidad elegida por no más del 6% de los encuestados.

Respecto del personal de campo, el equipo de encuestadores debió cumplir requisitos de edad (mayores de 20 años), con amplia experiencia en trabajos de campo de encuestas de envergadura similar. Los encuestadores fueron capacitados en jornadas mínimas de 8 horas, recibiendo capacitación teórica y práctica, sobre los principales conceptos del trabajo de campo, el manejo del cuestionario, uso de directorio de vivienda, cartografía y procedimientos para la ubicación de las viviendas y selección del encuestado. En todos los casos se presentó a la encuesta como un estudio enmarcado en el tema de salud pública, no haciendo mención a las Comisiones Nacionales de Drogas. El personal destinado a la coordinación del trabajo de campo, que se designó según las regiones de cada país, fueron profesionales de las ciencias sociales con experiencia en este tipo de trabajos.

Las Comisiones Nacionales de Drogas, a través de los respectivos Observatorios Nacionales o entidades equivalentes, realizaron la dirección técnica de cada uno de los estudios, dirección que implica la definición del diseño muestral, elaboración

de los manuales de capacitación al personal de campo, entrega del cuestionario y criterios de supervisión, edición y carga de la base de datos. Independientemente de la supervisión realizada por cada una de las empresas que realizaron el trabajo de campo, las Comisiones Nacionales realizaron una supervisión adicional sobre el proceso de campo llevado a cabo por las empresas. Es de destacar que en las reuniones técnicas y de coordinación realizadas en el marco del Sistema Subregional, los equipos técnicos de cada uno de los países participantes, consensuaron cada uno de estos aspectos metodológicos. Se realizaron tres reuniones técnicas y de coordinación, tanto en el año 2006 como en el 2007.

En el Anexo se encuentran las especificaciones de los aspectos metodológicos del estudio para cada país.

En la tabla I se presentan los tamaños de muestra de cada país, donde en cada caso se definió una pérdida esperada en función de estudios anteriores o similares. En la primera columna, "muestra teórica", se presenta el número de hogares a ser visitados, y la segunda columna, "muestra efectiva", representa el número efectivo de encuestas realizadas de acuerdo a los criterios anteriormente definidos. Las tasas de no respuesta (originada por la diferencia entre el tamaño de muestra teórica y efectiva) varían según los países, tanto en magnitud como en razones. En el Anexo se encuentra un mayor detalle por país. En la tabla siguiente se presentan los tamaños de muestra como también la población representada de 12 a 65 años para cada país.



<b>Tabla 1</b>			
<b>Tamaños de muestra y población de 12 a 65 años representada por país.</b>			
PAÍS	Muestra teórica	Muestra efectiva	Población representada
Argentina	19.084	13.493	17.376.574
Bolivia	14.166	9.533	3.254.256
Chile	23.796	17.192	8.876.262
Ecuador	10.610	7.954	4.494.119
Perú	12.884	11.825	11.318.495
Uruguay	22.000	7.000	1.602.844
<b>Total</b>	<b>102.540</b>	<b>66.997</b>	<b>46.992.550</b>

Si bien las muestras de los países se calcularon para la población urbana de 12 a 65 años, en este informe se presentan los resultados de consumo por países y su asociación con factores de riesgo y protección para los tramos de edad comprendidos entre los **15 y 64 años y en subgrupos de 15 a 34 años y de 35 a 64 años**. Se eligen estos tramos de edad en función de los definidos en reportes internacionales. Tanto Naciones Unidas como el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías informan los datos de los países teniendo en cuenta los tramos de edad mencionados. Debido a que el presente informe tiene como objetivo central

presentar las tasas comparables entre los países del Sistema Subregional, se considera apropiado mantener los tramos que en el ámbito internacional se utilizan para favorecer el análisis internacional de los datos.

En la tabla 2 se presentan los tamaños de las muestras y las poblaciones representadas de la población de 15 a 64 años, tramo de edad de referencia de los datos del presente informe. Los informes nacionales de cada país están basados en la muestra total para el grupo de 12 a 65 años, (12 a 64 años en el caso de Chile).

<b>Tabla 2</b>		
<b>Tamaños de muestra y población representada. Población de 15 a 64 años, por país.</b>		
PAÍS	Tamaño de muestra teórica	Población representada
Argentina	12.459	16.007.448
Bolivia	8.662	2.877.160
Chile	15.776	8.078.437
Ecuador	7.341	4.161.954
Perú	10.927	10.390.856
Uruguay	6.442	1.466.158
<b>Total</b>	<b>61.607</b>	<b>42.982.013</b>

Las distribuciones porcentuales por sexo y edad para cada país se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3	<b>Distribución porcentual de la población representada por edad y sexo por país. Población de 15 a 64 años.</b>				
		Sexo		Edad	
	Varones	Mujeres	15-34	35-64	
Argentina	47.9	52.1	46.2	53.8	
Bolivia	41.9	58.1	62.4	37.6	
Chile	47.5	52.5	47.1	52.9	
Ecuador	43.0	57.0	53.4	46.6	
Perú	43.0	57.0	52.1	47.9	
Uruguay	47.5	52.5	44.7	55.3	
Total	45.8	54.2	49.5	50.5	

## II.2 CÁLCULO DE LOS INDICADORES

Para determinar los indicadores presentados en este informe y debido a las diferencias en las estructuras por edad y sexo de las poblaciones representadas a partir de las muestras de los países, como se observa en la tabla anterior, se ha procedido a utilizar el método directo de estandarización para ajustar las tasas de prevalencias de los países. Se consideró, como población estándar para estos efectos, la distribución conjunta por edad y sexo de la población global representada por los 6 países (agregación de las muestras de los 6 países), para las tasas de prevalencia globales. Para las tasas específicas por edad, se procedió a ajustar de acuerdo a la distribución por sexo dentro de cada grupo de edad y para las tasas por sexo se ajustó de acuerdo a la distribución por edad para cada una de las categorías de sexo. De esta forma, las tasas obtenidas no están influenciadas por las variaciones muestrales en la estructura por edad y sexo de los países.

Por otra parte, como resultado de este ajuste se debe tener presente que las prevalencias presentadas en este reporte son diferentes a aquellas obtenidas en forma independientes en cada país y presentadas en sus propios informes. Esto se agrega a lo observado anteriormente en el sentido que los informes de los países están basados en la muestra de personas de 12 a 65 años de edad (con la excepción de Chile que presenta sus resultados para el grupo de 12 a

64 años con el objeto de mantener una continuidad con los estudios anteriores).

Respecto de los errores estándares para la estimación de los indicadores de prevalencia de consumo, éstos dependen del diseño muestral utilizado y de los tamaños de las muestras en cada país. Como se mencionó anteriormente, las muestras de personas en el estudio fueron obtenidas en un proceso aleatorio en tres etapas (conglomerado de viviendas, selección de hogares en los conglomerados seleccionados y selección de 1 persona en el hogar), lo cual debe ser considerado en la estimación de los errores estándares. Si bien los resultados presentados en este informe sólo se presentan a nivel de estimaciones puntuales de los indicadores de las poblaciones de cada país (para la población general de 15 a 64 años, en el anexo se presentan los intervalos de 95% confianza para las prevalencias año de drogas ilícitas, y prevalencias de último mes en el caso de tabaco y alcohol), es importante señalar que los errores estándares son pequeños para estimaciones a nivel nacional en los países. Los errores de muestreo, a partir de los tamaños de muestra efectiva de cada país, se presentan en el anexo para diferentes prevalencias (para la población general de 15 a 64 años, en el anexo se presentan los intervalos de 95% confianza para las prevalencias año de drogas ilícitas, y prevalencias de último mes en el caso de tabaco y alcohol).



### II.3 CUESTIONARIO Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Las reuniones técnicas de coordinación realizadas en el marco del Sistema Subregional, hicieron posible que las experiencias alcanzadas por cada uno de los países en la implementación de estudios nacionales, más los aportes del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD y ONNUD concluyeran en un cuestionario estandarizado para ser utilizado en la población objetivo, que permitiera contar con información básica comparable. Las dimensiones que contiene este cuestionario estandarizado son:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de educación, estado civil y condición de actividad económica
- Variables para medir la prevalencia de vida, año y mes, edad de inicio e incidencia de las siguientes drogas: tabaco, alcohol, sustancias inhalables, marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y otras drogas.<sup>1</sup>
- Variables para medir prevalencia de vida de: hashis, crack, heroína, opio, morfina, alucinógenos y ketamina.
- Variables para medir consumo problemático de alcohol (Escala EBBA) y signos de dependencia de consumo de marihuana, cocaína y pasta base. (CIE 10).<sup>2</sup>
- Variables para medir intensidad del consumo (frecuencia de uso) de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis.
- Variables que indican los factores de riesgo-protección: entorno familiar y de amigos; posibilidad, curiosidad y ocasión de probar drogas ilícitas; percepción de riesgo asociados al consumo; facilidad de acceso y oferta de marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis, oferta de drogas en el último año y en los últimos 30 días.

Cada país pudo ampliar el cuestionario según sus necesidades puntuales, pero manteniendo un cuestionario básico común y comparable

#### Aspectos conceptuales:

**Prevalencia de vida:** proporción de personas que consumieron cada una de las sustancias alguna vez en la vida sobre el total de las personas estudiadas.

**Prevalencia del último año:** proporción de personas que consumieron cada una de las sustancias en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas.

**Prevalencia del último mes:** proporción de personas que consumieron cada una de las sustancias en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas.

En cinco de los seis países que componen este informe la pregunta incluida en las encuestas para la declaración de consumo de drogas y a partir de la cual se determina la prevalencia (vida, año y mes), se realiza en base a una pregunta dicotómica con respuestas del tipo “Sí” y “No”.

¿Ha consumido Ud. (se menciona la droga) alguna vez en (se incluye período de la pregunta: la vida/ los últimos 12 meses / los últimos 30 días)?

Sí.....1  
No.....2

En el caso de Chile, la pregunta para determinar prevalencias de vida mantiene el mismo formato que en los demás países. Sin embargo, para las declaraciones de consumo en el último año y último mes, la pregunta es distinta y tiene la siguiente estructura:

¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió (se menciona la droga)?

Durante los últimos 30 días..... 1  
Hace más de un mes, pero menos de un año..... 2  
Hace más de un año..... 3

Conforme a lo anterior, en cinco de los seis países las prevalencias de consumo se obtienen directamente a partir de quienes responden

<sup>1</sup> Si bien todos los países incluyeron las preguntas destinadas a conocer la magnitud, edad de inicio y frecuencia de uso de psicofármacos sin prescripción médica, tanto estimulantes como tranquilizantes, la falta de homogeneidad en las sustancias que se incluyen en estas categorías, como así también la necesidad de cada país de medir tanto su uso debido o a través de recetas médicas, como su uso indebido, los datos recogidos no presentaron las condiciones suficientes para permitir la comparación entre los mismos y por ello no se incluyen en el presente informe.

<sup>2</sup> Debido a una omisión involuntaria, Bolivia no incorporó en su cuestionario las preguntas relacionadas a los signos de dependencia.

afirmativamente a la pregunta sobre el consumo de una droga determinada. En el caso de Chile, esto se aplica sólo para las prevalencias de vida. En cambio, la prevalencia de mes se obtiene a partir de quienes declaran consumo durante los últimos 30 días, mientras que la prevalencia año es la sumatoria de quienes declaran consumo “Durante los últimos 30 días”, más la declaración de consumo “Hace más de un mes, pero menos de un año”.

A partir de las bases de datos entregadas por los países, se procedió a calcular los indicadores de prevalencias (vida, año y mes), incidencias y otros, mediante un procedimiento centralizado y común. Es importante señalar que por las características propias de este estudio, entrevista cara a cara, las “no respuestas” a algunas de las preguntas relacionadas con consumo fueron muy escasas; a diferencias de las encuestas autoaplicadas donde esta situación se puede presentar con mucho mayor frecuencia. A pesar de lo anterior, el algoritmo computacional utilizado permitió la imputación de datos en el caso de eventuales inconsistencias.

### **Consumo problemático de alcohol**

De acuerdo a los estándares internacionales y frente a la necesidad de medir no sólo la magnitud del consumo en la población, sino de profundizar el diagnóstico sobre la problemática de drogas, identificando frecuencia de uso e intensidad en el consumo, es que se incorporaron también las variables que permitan identificar entre los consumidores aquellos con uso problemático de las bebidas alcohólicas y los signos de dependencia respecto del consumo de marihuana, cocaína y pasta base. Poder identificar la magnitud de población que se encuentra en situación de consumo perjudicial y con signos de dependencia a una determinada droga, como así también precisar en qué grupos poblaciones estas condiciones cobran mayor envergadura, es información necesaria para que los gobiernos nacionales puedan optimizar sus políticas preventivas y asistenciales, además de poner sobre relieve que ciertas sustancias no son inocuas y estimar parámetros sobre los problemas de salud asociados al consumo de drogas.

Para medir el consumo problemático de bebidas alcohólicas, sustancia que históricamente tiene las prevalencias de consumo más altas en todos los países, se utilizó la Encuesta Breve de Bebedor Problema de Alcohol (EBBA), que a partir de 7 preguntas, indaga sobre conductas indicadoras de un bebedor problemático de alcohol. Cuando la persona que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, responde positivamente a 2 o más indicadores de la escala, se considera que es un bebedor con problemas en la ingesta. De esta manera la ingestión problemática de bebidas alcohólicas es “cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente provoca consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal y funcionamiento social”<sup>3</sup>

Los ítems que conforman la escala EBBA son los siguientes:

- ¿Tuvo problemas con tu novia, esposa o pareja a causa del consumo de alcohol?
- ¿Perdió amigos, amigas, por la bebida?
- ¿Pensó en tomar menos de lo que tomabas?
- ¿Le ocurrió alguna vez que, sin darte cuenta, terminó tomando más de lo que quería?
- ¿Tuvo la necesidad de tomar alcohol apenas se levantaba o despertaba?
- ¿Le pasó que al despertar no se acuerde de lo que pasó o hizo la noche anterior?
- ¿Le molesta o le molestaba que lo critiquen por la cantidad que tomaba?

**Signos de Dependencia:** Para la medición de los Signos de Dependencia se siguieron los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10. En el mismo se define al Síndrome de dependencia como “el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública de Chile en “Informe Anual de la Situación de Drogas en Chile”, CONACE: Observatorio Chileno de Drogas, 2006.

ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.” Los seis criterios que establece el CIE 10 se operacionalizaron en 10 ítems o variables y se les preguntó a quienes consumieron marihuana, cocaína y pasta base en el último año. Cuando la persona presenta 3 o más criterios positivos, se define como una persona con signos de Dependencia. Debido a que se trata de una encuesta poblacional y no de una entrevista bajo un encuadre clínico, esta medida debe considerarse como una estimación aproximada a la población con síndrome de dependencia a drogas.

Las variables o indicadores que refieren a los criterios del CIE 10 son las siguientes (se menciona la sustancia marihuana, cocaína y pasta base en cada ocasión correspondiente):

- ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar (.....) que no pudo resistir o pensar en nada más?
- ¿Ha consumido (.....) a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?
- ¿Ha terminado consumiendo (.....) en mayores cantidades de lo que usted pensó?
- ¿Alguna vez usó (.....) para eliminar problemas como éstos (Mostrar Tarjeta)<sup>4</sup> o para evitar que se presentaran?
- ¿Y ha presentado problemas como éstos (Mostrar Tarjeta) cuando suspendía o disminuía el consumo de (.....)?
- ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con (.....), ha consumido mayor cantidad que antes?
- ¿Ha notado que la misma cantidad de (.....) tiene menos efectos en usted que antes?
- ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o actividades que a usted le gustan, por el consumo de (.....)?

- ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de (.....)?
- ¿Ha continuado consumiendo (.....) a pesar de que le ocasione problemas de salud, física, emocionales o nerviosos?

### Factores de riesgo y protección analizados

El cuestionario estandarizado indaga sobre la **percepción de riesgo** de la población a partir de la pregunta “*En su opinión, cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que...?*” y se especifican las frecuencias de uso (frecuentemente o de alguna vez)<sup>5</sup> de diferentes sustancias. La variable permite medir la percepción de ningún riesgo, riesgo leve o moderado, gran riesgo y no sabe qué riesgo corre, lo cual significa desinformación.

La **percepción de gran riesgo** define la “barrera subjetiva” en el acceso a las drogas, así como la dificultad de acceso constituye la “barrera objetiva”. En aquellos países que disponen de información temporal como Chile<sup>6</sup> y Estados Unidos<sup>7</sup>, se ha observado en el caso de la marihuana una asociación entre el nivel de consumo y el riesgo percibido respecto del consumo. En este sentido y fundamentalmente para efecto de los programas de prevención universal, la percepción de gran riesgo es un indicador relevante para evaluar la efectividad de los mismos. En el presente informe se muestra la distribución porcentual por países de la percepción de gran riesgo.

La **dificultad de acceso** define una barrera objetiva para acceder a las drogas, pues obviamente una menor disponibilidad puede hacer desistir del uso a una parte importante de la población que no presenta consumos frecuentes o problemáticos. El cuestionario estandarizado utiliza la pregunta: “*Cuán fácil o difícil le sería conseguir... marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis?*” Las respuestas se distribuyen en: me sería fácil, me sería difícil, no podría conseguir

<sup>4</sup> Ansioso, inquieto, irritable. Estrés o depresión. Náuseas o vómitos. Problemas de concentración. Tembloroso, triston. Ver, oír o sentir cosas inexistentes. Fatigado, somnoliento, débil. Taquicardia. Problemas para dormir.

<sup>5</sup> En el caso de Chile se pregunta al encuestado si “prueba marihuana/cocaína una o dos veces” (alguna vez) o bien si “fuma marihuana una o dos veces por semana/Usa cocaína una vez al mes (frecuente).

<sup>6</sup> <http://www.conace.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf>

<sup>7</sup> <http://www.monitoringthefuture.org/data/07data.html#2007data-drugs>

y no sé si es fácil o difícil. Los datos analizados y comparados entre países se concentran en la categoría de facilidad de acceso, para hacer visible la proporción de personas que están en situación de riesgo y evaluar la asociación entre los niveles de consumo y disponibilidad de cada sustancia.

A pesar de la multiplicidad de factores que intervienen en la decisión de consumir o no algún tipo de drogas, el riesgo percibido en el uso y la disponibilidad de drogas cobran siempre relevancia en los modelos explicativos de este fenómeno.

En el campo de las políticas sobre drogas, un área de real interés es el de controlar la oferta de drogas. Aún cuando esta es una tarea muy difícil de lograr, los diferentes países han definido diversas líneas de acción en ese campo. De allí la importancia de conocer la percepción que tiene la población en cuanto a la facilidad o dificultad que tiene para acceder o comprar drogas.

Otro indicador estudiado en las encuestas de los 6 países está en relación con la **oferta de drogas**, en este caso un indicador directo y objetivo sobre ofrecimiento de marihuana, cocaína y pasta base, ya

sea para comprar o probar. La pregunta se refiere a “cuándo fue la última vez que le ofrecieron... marihuana, cocaína y pasta base”. Las respuestas se organizan en función si la oferta ocurrió en durante los últimos 30 días, hace más de un mes, pero menos de un año, hace más de un año y nunca le ofrecieron. En el informe se presentan los datos de oferta ocurrida en el último mes y último año y su asociación con las prevalencias correspondientes a cada sustancia.

Por último, se analizan las asociaciones entre el consumo de tabaco y marihuana. Respecto de las drogas de curso legal (tabaco y alcohol), que presentan históricamente las prevalencias de consumo actual más altas, son las que se consumen inicialmente a edades más tempranas y las que circulan libremente en el mercado, aún con restricciones de venta a menores y son las sustancias que menor percepción de riesgo registran. Por lo cual están consideradas como las sustancias de inicio y de puerta de ingreso al consumo de otras ilícitas. En este sentido, es importante continuar indagando y mostrando estos niveles de asociación.

## CAPITULO III:

### MARIHUANA

En este capítulo se presentan los resultados de las encuestas en los 6 países con relación a marihuana. Se incluye información sobre consumo, facilidad de acceso y oferta de esta droga. Sin embargo, con el objetivo de poner estos resultados en un contexto más global, se mencionan datos sobre producción e incautación, la cual es obtenida desde el Informe Anual de 2007 de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) y del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), período 2004-2006, de la Comisión Interamericana sobre el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA).

Como es sabido, la marihuana es la droga de mayor consumo en el mundo, dando cuenta de aproximadamente el 80% del total de consumidores de drogas ilícitas. Conforme a ello su estudio en forma más precisa debe ser una constante preocupación, desde la producción de esta droga hasta los efectos en la salud como consecuencia de su consumo.

Tal como reconoce el Informe de ONUDD sobre la producción de cannabis, “sus centros de producción están muy dispersos hallándose presentes en casi todos los países del mundo y sus factores de producción pueden ser flexibles, rudimentarios y a pequeña escala o permanentes, sumamente tecnificados y a gran escala. Resulta muy difícil definir y cuantificar su producción y el consumo por su naturaleza generalizada”. Adicionalmente el mismo informe destaca que “la presentación de informes sobre el cultivo de cannabis es una tarea compleja que exige muchos recursos por una serie de razones y muchos países no cuentan con los medios y los recursos para elaborar estimaciones”.

A pesar de todas las limitaciones, dicho informe estima en 42.000Tm la producción a nivel mundial

en el año 2005, con un 23% de ella en América del Norte y otro 23% en el conjunto de países de América Central, del Sur y del Caribe. Reconociendo que el principal productor de América del Sur es Paraguay.

Por otra parte, y de acuerdo al mismo informe, la estimación de los decomisos totales de hierba de cannabis a nivel mundial alcanzó, en el año 2005 a las 4.644 Tm. De esta cifra, aproximadamente un 10%, corresponde a decomisos en Sudamérica, lo que equivale a 447Tm y de esta cifra un 18% fueron decomisos llevados a cabo en los 6 países que componen este informe durante el 2005 (algo más de 80 mil Kg.). Las mayores cantidades de Cannabis decomisada el año 2005 en Sudamérica fueron en Brasil (152 toneladas), Colombia (129 toneladas) y Paraguay (67 toneladas), países que no están en este informe.

Las incautaciones de Cannabis a nivel de los países que conforman este reporte, pasaron de aproximadamente 67 Tm en el año 2000 a 160Tm en el año 2006, es decir, un incremento del 139%, ocurrido fundamentalmente en el periodo 2005/6 y explicado principalmente por el incremento de incautaciones en Bolivia (de 34 a 125Tm) de acuerdo a los informes de los países al MEM.

#### III.1 CONSUMO DE MARIHUANA

En esta sección se presentan los resultados sobre consumo de marihuana por países, tanto para las prevalencias como su relación con factores de riesgo, tales como percepción de gran riesgo en el uso, percepción de fácil acceso y oferta directa de marihuana.

De acuerdo al Informe Anual 2007 de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el

Delito (ONUDD), cuyas estadísticas reportadas corresponden a los años 2005-2006, la marihuana es la droga de mayor consumo en el mundo, alcanzando una prevalencia de último año de 3,8% entre las personas de **15 a 64 años**, lo que equivale a cerca de 160 millones de individuos. Este promedio mundial de consumo reciente de marihuana estimado por ONUDD es superado por los países de este reporte, donde la prevalencia de último año promedio es de 4,8%, lo que equivale a aproximadamente 2,1 millones de personas (de una población de 43 millones representada en este estudio), en el mismo grupo de 15 a 64 años. De los 6 países que forman parte de este informe, 4 de ellos presentan prevalencias de último año superiores al promedio mundial de marihuana informado por ONUDD en 2007: Argentina y Chile con alrededor del 7%, Uruguay con 6% y Bolivia con 4,3%. Los otros dos países, Ecuador y Perú, presentan indicadores muy por debajo de esa cifra (inferiores al 1% en cada caso).

Para los efectos del presente informe, los resultados sobre la prevalencia de consumo de drogas se entregan en forma global para la población estudiada, es decir, 15 a 64 años y también por sexo y por

grupos de edad. En este último caso se definieron dos grupos de edad: 15 a 34 años y 35 a 64 años.

En la tabla 4 se presentan las prevalencias de consumo de marihuana bajo tres condiciones temporales:

- Consumo alguna vez en la vida (medido por la prevalencia de vida)
- Consumo reciente (prevalencia de último año),
- Consumo actual (prevalencia de último mes).

De acuerdo a los resultados presentados en la siguiente tabla y tomando como referencia los tres indicadores de prevalencia, se observan importantes diferencias entre los países: con niveles más altos de consumo están Argentina, Chile y Uruguay, y con niveles más bajos Ecuador y Perú. Bolivia tiene un perfil intermedio entre ambos grupos, sobre todo en lo que se refiere a prevalencias de vida y último año.

En el caso de los **hombres** de 15 a 64 años (tabla N° 5), se puede notar que la prevalencia del último año en Bolivia se aproxima bastante a la de países como Argentina, Chile y Uruguay. Sin embargo, el consumo actual es similar al de Ecuador y Perú.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	16,7	7,2	4,7
Bolivia	10,9	4,3	0,6
Chile	27,1	7,5	4,2
Ecuador	4,4	0,7	0,4
Perú	4,0	0,7	0,4
Uruguay	14,0	6,0	3,8

\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	20,0	9,1	5,7
Bolivia	19,2	8,1	1,3
Chile	36,6	10,8	6,5
Ecuador	8,4	1,5	0,9
Perú	7,1	1,2	0,8
Uruguay	19,1	8,9	5,9

\* Prevalencias ajustadas por edad

Por otra parte, Bolivia, Ecuador y Perú mantienen una marcada diferencia en el consumo por sexo, donde el uso de marihuana en **mujeres** (tabla N° 6) tiende a ser muy bajo con relación a los hombres e incluso con tasas de consumo actuales

desdeñables. Esta situación es diferente en Argentina, Chile y Uruguay, donde las diferencias por sexo se mantienen con tasas más elevadas entre los hombres, pero indicando niveles de consumo también importantes entre las mujeres.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	13,9	5,7	3,8
Bolivia	4,0	1,1	0,1
Chile	19,0	4,7	2,2
Ecuador	1,0	0,1	0,0
Perú	1,4	0,3	0,1
Uruguay	9,6	3,5	2,0

\* Prevalencias ajustadas por edad



En las tablas 7 y 8 se muestran los resultados sobre consumo de marihuana para los dos grupos de edad ya definidos: 15 a 34 años y 35 a 64 años.

Se puede notar un patrón bastante similar al descrito anteriormente. Sin embargo, mientras el consumo actual (prevalencia último mes) es muy similar en Argentina, Chile y Uruguay entre la población de 15 a 34 años, la diferencia entre

Argentina y los otros dos países se acentúa entre la población de 35 a 64 años, tanto para el consumo reciente como para el consumo actual.

No obstante lo anterior y tal como lo registra la evidencia internacional, el mayor consumo de marihuana en todos los países tiende a concentrarse entre la población joven y adulta joven.

País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	21,1	9,7	6,1
Bolivia	16,3	8,5	0,7
Chile	34,4	12,8	6,9
Ecuador	4,9	0,9	0,3
Perú	4,7	1,1	0,7
Uruguay	21,3	10,1	6,3

\* Prevalencias ajustadas por sexo

País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	12,5	4,8	3,3
Bolivia	6,0	0,8	0,3
Chile	18,9	2,1	1,5
Ecuador	4,0	0,5	0,5
Perú	3,3	0,3	0,1
Uruguay	6,5	1,8	1,2

\* Prevalencias ajustadas por sexo

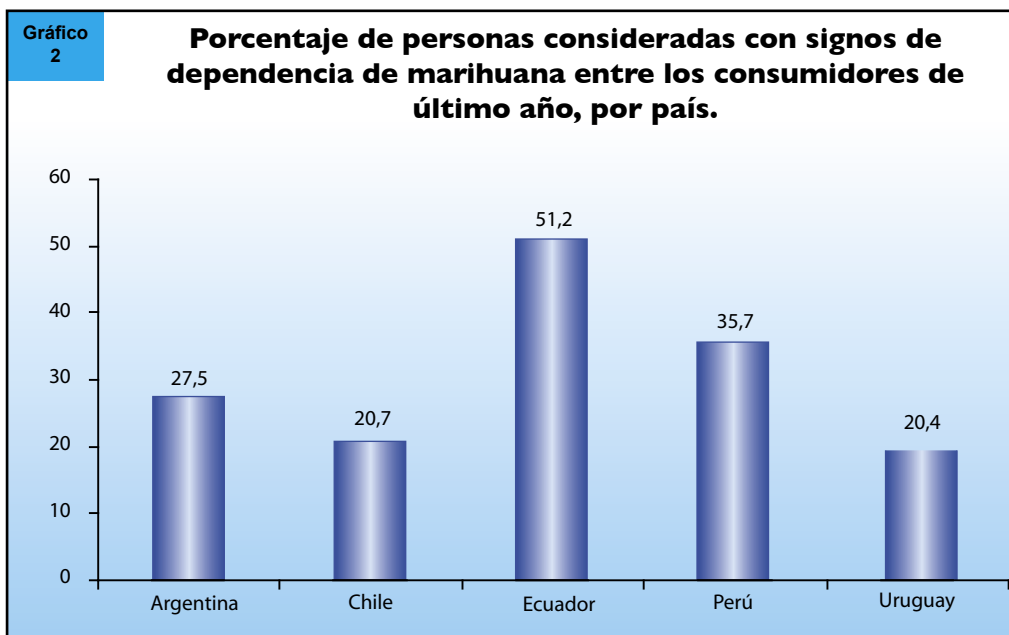


### III. 2 POBLACIÓN CON SIGNOS DE DEPENDENCIA

Como se mencionó al inicio de este capítulo, el consumo reciente o prevalencia de último año en los 6 países representa a aproximadamente 2 millones de personas. Con la excepción de Bolivia que no incluyó las preguntas correspondientes, todos los consumidores recientes debieron responder un cuestionario estandarizado de 10 preguntas y seis indicadores de la CIE-10 (Clasificación

Internacional de Enfermedades, décima revisión, descrita en el capítulo de Metodología) para estimar la proporción de personas con signos de dependencia asociada al consumo de esta droga. De acuerdo a ello, las personas fueron clasificadas “con signos de dependencia” o “sin signos de dependencia”.

Los resultados para los 5 países que incluyeron el mencionado cuestionario se presentan en el gráfico 2.



Como se observa en el gráfico 2, Ecuador a pesar de la baja prevalencia de consumo de marihuana, presenta los mayores niveles de dependencia con un 51%. Por otra parte, en Chile y Uruguay 1 de cada 5 consumidores recientes de marihuana pueden ser considerados con signos de dependencia, aproximadamente 1 de cada 4 en Argentina, 1 de 3 en Perú y 1 de cada 2 en Ecuador. Estas cifras indican que en los 5 países habría aproximadamente 490 mil consumidores de marihuana con signos de dependencia, es decir, aproximadamente 1 de cada 4 consumidores recientes. Dicho de otro modo, en los países el promedio de consumidores con esta característica es de 25,7%, entre los usuarios del último año.

### III. 3 EDAD DE INICIO

La Edad de inicio en el consumo de drogas es un importante indicador para proyectar cuan problemático puede llegar a ser el uso de sustancias en el futuro. La evidencia internacional indica que mientras más temprano es el inicio de drogas entre los adolescentes, mayor es el riesgo de escalada y

de consumos problemáticos posteriores. En la tabla 9 se presentan las estadísticas relacionadas con este indicador, en relación con el promedio de edad de inicio, y los percentiles 25, 50 (mediana) y 75.

Lo que se observa en primer lugar, es que la edad promedio de inicio varía entre los 18 años (Argentina y Chile) y casi 19 años (Ecuador, Perú y Uruguay) y que la excepción es Bolivia donde la edad promedio de inicio es 22 años, resultado que es concordante con el hecho que la prevalencia en este país es baja entre los 12 y 17 años y que aumenta en forma importante en el grupo siguiente, de 18 a 25 años (información que no está reportada en este informe). Lo mismo ocurre con la mediana, es decir la mitad de los consumidores de marihuana en Argentina y Chile consumieron por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en Bolivia lo hicieron dos años más tarde, es decir, a los 19 años. También debe destacarse el hecho de que un 25% de los consumidores de marihuana en Bolivia inician el consumo a los 25 años o más, a diferencia de los otros países donde ello ocurre 5 o 6 años antes.

País	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Argentina	18,3	15	17	20
Bolivia	22,0	17	19	25
Chile	18,2	16	17	19
Ecuador	18,7	17	18	20
Perú	18,7	16	18	20
Uruguay	19,0	16	18	20

### III. 4 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS

#### Percepción de gran riesgo

Como se mencionó en la sección de metodología, la percepción de riesgo define la “**barrera subjetiva**” en el acceso a las drogas, así como la dificultad de acceso constituye la “**barrera objetiva**”. En aquellos países que disponen de información periódica se ha observado, en el caso de la marihuana, una asociación entre el nivel de uso y la percepción de riesgo percibido respecto del consumo. En este sentido y fundamentalmente para efecto de los programas de prevención

universal, la percepción de riesgo es un indicador relevante para evaluar la efectividad de los mismos. En la tabla siguiente se presenta el porcentaje de los entrevistados que percibe que existe un **riesgo**<sup>1</sup> en las personas que consumen marihuana frecuentemente.

Como se observa en la tabla 10, hay importantes coincidencias entre los países respecto al riesgo percibido que corren las personas que consumen frecuentemente esta droga y en general una menor percepción de riesgo entre la población más joven, con las excepciones de Bolivia y Perú donde los porcentajes son similares a los de la población de 35 a 64 años.

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	83,0	86,8	85,0
Bolivia	90,3	89,7	90,1
Chile	84,4	91,8	88,3
Ecuador	96,5	97,5	97,0
Perú	96,0	95,8	95,9
Uruguay	71,0	80,8	76,4

<sup>1</sup> La pregunta en los cuestionarios se refiere a “percepción gran riesgo”, pero para facilitar la lectura del informe solamente se hablará de “percepción de riesgo”, en todas las drogas que se presentan en este informe.

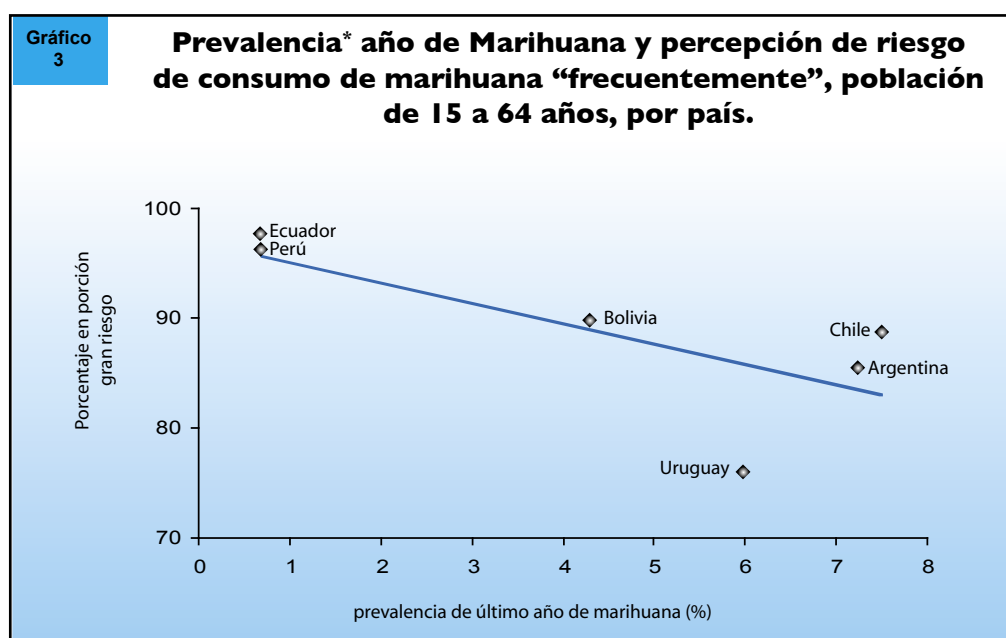
La relación entre las tasas de consumo por país y el porcentaje de personas que percibe riesgo frente al consumo frecuente de marihuana se presenta en el gráfico 3, donde cada punto del gráfico representa los resultados de ambas variables para cada país. Como se observa, los países que presentan mayores prevalencias son aquellos donde existe una menor percepción de riesgo asociado al consumo y, por contrapartida, los dos países con menores niveles de consumo (Ecuador y Perú) son los que tienen los más altos porcentajes de personas que perciben riesgo del consumo frecuente de marihuana.

### Facilidad de acceso

La facilidad de acceso define una barrera objetiva para acceder a las drogas, pues obviamente una menor disponibilidad puede hacer desistir del uso a una parte importante de la población que no presenta consumos frecuentes o problemáticos.

A pesar de la multiplicidad de factores que intervienen en la decisión de consumir o no algún tipo de drogas, el riesgo percibido en el uso y la disponibilidad de drogas cobran siempre relevancia en los modelos explicativos de este fenómeno.

En el campo de las políticas sobre drogas, un área de real interés es el de controlar la oferta de tales sustancias. Aún cuando esta es una tarea muy difícil de lograr, los diferentes países han definido diversas líneas de acción en ese campo. De allí la importancia de conocer la percepción que tiene la población en cuanto a la facilidad o dificultad que se tiene para acceder o comprar drogas. En la tabla siguiente se presentan los resultados respecto de la pregunta “qué tan fácil o difícil le resultaría conseguir marihuana”. Los resultados se presentan por grupos de edad y para el total de la población en cada uno de los seis países.



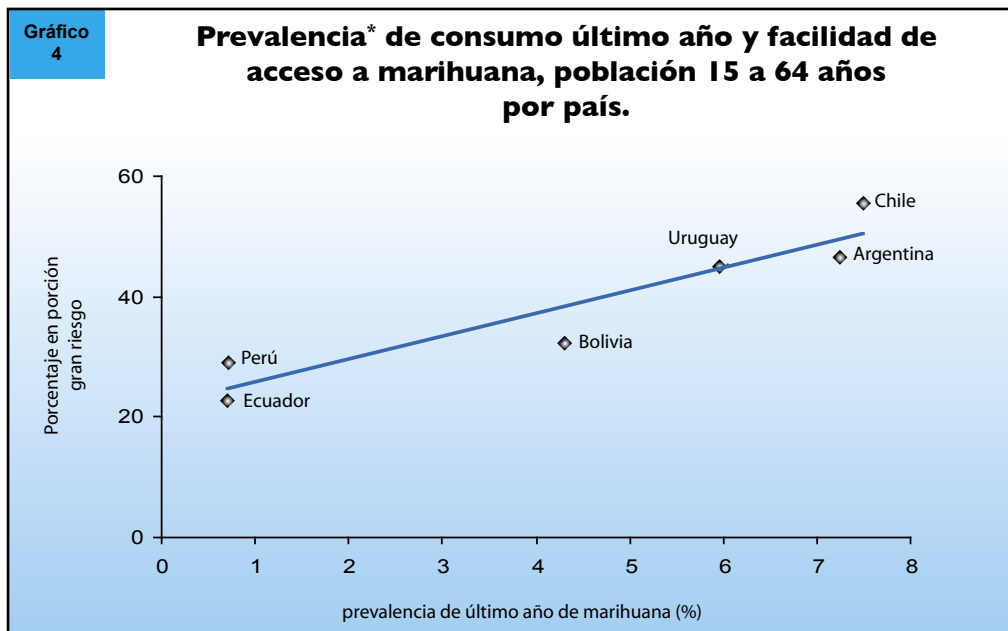
\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

**Tabla 11** **Distribución porcentual de la muestra según facilidad de acceso (“les sería fácil conseguir”) de marihuana por edad y total, por país.**

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	57,8	37,3	46,8
Bolivia	35,6	26,7	32,2
Chile	67,0	45,8	55,8
Ecuador	25,2	21,6	23,5
Perú	32,6	24,8	28,9
Uruguay	56,9	36,2	45,4

En la población global, como también para los dos grupos de edad presentados en la tabla, la mayor facilidad de acceso a marihuana se observa precisamente en los tres países con mayor nivel de consumo de esta droga. En todos los países la percepción de mayor facilidad de acceso está en el grupo de 15 a 34 años, edad en la cual se registran los mayores niveles de consumo. Tal como se

observa en el gráfico 4, la prevalencia de consumo se correlaciona positivamente con el porcentaje de personas que declaran que conseguir marihuana es fácil, donde cada punto del gráfico representa a cada país según los porcentajes de “facilidad de acceso a marihuana” y la prevalencia de consumo de último año.



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

**Tabla 12**

**Distribución porcentual de la muestra según oferta de marihuana (“cuándo fue la última vez que le ofrecieron marihuana”), población 15 a 64 años por país.**

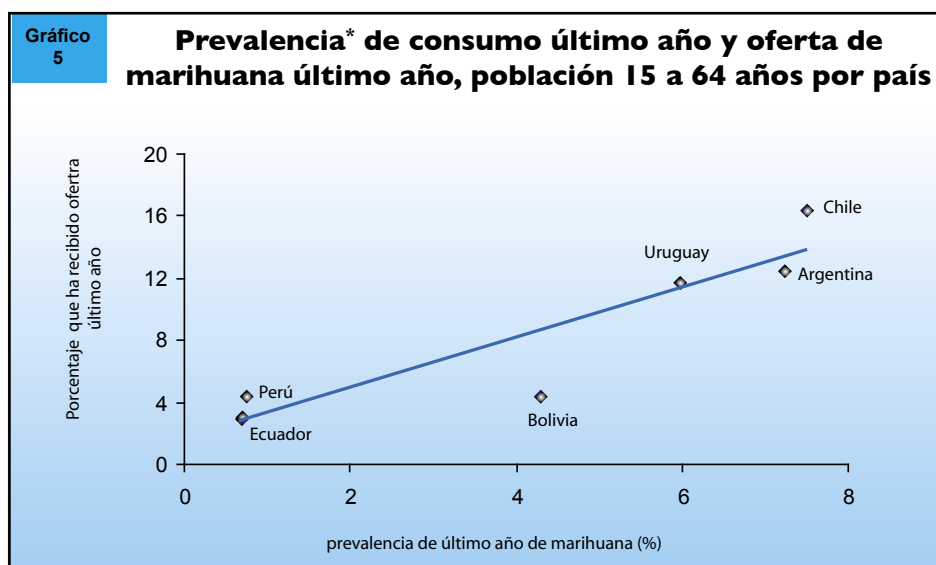
País	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
Argentina	6,7	12,5
Bolivia	1,3	4,4
Chile	9,8	16,4
Ecuador	0,7	3,0
Perú	1,3	4,4
Uruguay	5,4	11,7

**Oferta directa de marihuana**

Otro indicador estudiado en las encuestas de los 6 países está en relación con la oferta de drogas, (un indicador directo y objetivo sobre ofrecimiento de marihuana, ya sea para comprar o probar). La pregunta se refiere a “cuándo fue la última vez que le ofrecieron marihuana”.

En primer lugar se destacan los resultados respecto al porcentaje de personas a las que “nunca se les ha ofrecido marihuana”, donde en Bolivia, Ecuador y Perú el porcentaje supera el 80%. Por otro lado los mayores porcentajes de personas que recibieron ofertas de marihuana, ya sea en los últimos 30 días o en los últimos 12 meses, se encuentra en Argentina, Chile y Uruguay, tal como se observa en la tabla 12.

Por otra parte, para reforzar los resultados anteriores, en el gráfico 5 se presentan las respuestas sobre el porcentaje de personas que declaran haber recibido oferta de marihuana en el último año y el consumo reciente de marihuana en igual período, respectivamente. Nuevamente, cada punto del gráfico representa la situación de cada país de acuerdo a la prevalencia de consumo de marihuana y la oferta de esa droga. Como se observa hay una estrecha relación entre la oferta de marihuana y el consumo de la misma. En el caso de la oferta y consumo del último año claramente se diferencian dos conglomerados de países, Argentina, Chile y Uruguay por una parte, Ecuador y Perú por la otra. Bolivia en cambio, aparece en una posición intermedia.



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

## CAPITULO IV:

# COCAINA Y PASTA BASE

Sudamérica se caracteriza por ser la principal región del mundo donde se cultiva la hoja de coca, y también donde se produce la mayor proporción de clorhidrato de cocaína y otras sustancias psicoactivas que se generan en el proceso de producción que se inicia con la hoja de coca y termina en el clorhidrato de cocaína.

En este capítulo se presenta la información correspondiente a la magnitud de áreas cultivadas (hectáreas) de hoja de coca, producción potencial de hoja de coca (en toneladas métricas), producción de cocaína y decomisos de cocaína y pasta base, para luego presentar los resultados sobre consumo, separando clorhidrato de cocaína de aquellos productos intermedios, que en términos genéricos llamaremos Pasta Base.

Sobre este punto, es importante señalar que en el proceso de extracción y refinamiento de los alcaloides de la coca se encuentran varios subproductos, que pueden ser consumidos inmediatamente, o que se pueden utilizar como precursores del clorhidrato de cocaína. El primer subproducto que se obtiene durante el proceso de extracción es la **Pasta Básica de Cocaína** (PBC), que técnicamente es la *sal amónica de la cocaína* obtenida mediante precipitación del alcaloide de una solución ácida. El segundo subproducto es la **Base de Cocaína** (BC), que se obtiene de la oxidación de la PBC mediante el uso de permanganato de potasio. Tanto la PBC como la BC pueden ser utilizadas por los consumidores fumada con tabaco o directamente. Un tercer subproducto es el **Basuco**, que se obtiene en los laboratorios de extracción (cocinas)

mediante la utilización de harina de trigo o maíz en la primera extracción ácida del alcaloide. El Basuco no se puede transformar en clorhidrato de cocaína, a diferencia de la PBC y la BC<sup>1</sup>.

Si bien cada una de estas sustancias puede ser reconocida con precisión mediante análisis de laboratorio, uno de los problemas que actualmente se presenta es una mayor complejidad, por el agregado de nuevas y diferentes sustancias en los productos residuales, llámese Pasta o Base o Basuco o Paco, según el país<sup>2</sup>. Estas otras sustancias que aparecen son el querosén, alcohol metílico, polvo de ladrillo, azúcares, cenizas, etc.. Por otro lado, entre los usuarios de estas sustancias, la única sustancia que se identifica con claridad es la cocaína, pero no las demás. Esta situación se expresa por la existencia de consumidores que sostienen que son sustancias diferentes (pasta base y paco o basuco), o bien que es la misma, pero se distinguen en su modalidad de uso (inhalada o fumada). Por lo anterior resulta indispensable avanzar en clarificar el tipo de sustancia que circula en cada uno de los países, a través de estudios tanto de laboratorio (de las sustancias decomisadas) como de denominaciones y formas de uso por parte de la población.

Para los efectos de este informe, y tal como fueron indagados los consumos, se utilizará la denominación de Pasta Base, sabiendo que puede incluir los subproductos anteriormente descritos.

En cuanto a la producción de hoja de coca y de cocaína, se ha mantenido constante en los últimos años en los tres países productores de Sudamérica,

<sup>1</sup> Sobre los aspectos técnicos de esta sección, se agradece la contribución del Sr. Hernán Bernal de la Dirección Nacional de Estupefacientes de Colombia.

<sup>2</sup> En Argentina se preguntó por consumo de Pasta base-paco, Bolivia, Ecuador, Chile y Uruguay preguntaron por Pasta base y Perú preguntó por Pasta básica de cocaína.

Bolivia, Colombia y Perú con algo más de 155.000 hectáreas de cultivos de arbustos de coca (50% de ellas en Bolivia y Perú) y alrededor de mil toneladas métricas de producción potencial de cocaína. Respecto de esta última, dos países que componen este informe Bolivia y Perú, dan cuenta de aproximadamente del 37% de la producción potencial de cocaína.

Respecto a las incautaciones<sup>3</sup>, y según el Reporte 2007 de ONUDD, las incautaciones a nivel mundial alcanzaron a 756 Tm al año 2005 con casi un 51% de ellas en los países de América del Sur, lo que equivale a unas 380 Tm. De esta magnitud, 93 Tm corresponden a incautaciones en los seis países de este informe lo que equivale aproximadamente al 25%, para igual año, principalmente en Bolivia, Ecuador y Perú.

## COCAINA

### IV.1 CONSUMO DE COCAÍNA

Los resultados del estudio sobre consumo, percepción de riesgo, oferta y facilidad de acceso de cocaína se presentan en la presente sección. En primer lugar, es importante señalar que de acuerdo al Informe de Tendencias Mundiales de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito

2007, el consumo reciente o prevalencia del último año de cocaína a nivel mundial es de 0,3%, lo que representa a algo más de 14 millones de personas entre 15 y 64 años de edad. A su vez, la cocaína es la cuarta droga ilícita de mayor consumo en el mundo, detrás del Cannabis, Estimulantes tipo anfetamínicos (Anfetaminas y éxtasis) y Opio. En el caso de los países del presente informe, la prevalencia promedio es de aproximadamente 1,4%, superando el nivel promedio mundial reportado por ONUDD. Esto implica que aproximadamente 600,000 personas entre 15 y 64 años han declarado consumo de cocaína durante el último año en estos 6 países, y esta droga representa la segunda de mayor consumo después de la marihuana.

En la tabla 13 se presentan las prevalencias vida, año y mes de consumo de cocaína para cada uno de los 6 países. Como se observa, hay un patrón similar al encontrado en relación al consumo de marihuana. Por una parte están Argentina, Chile y Uruguay con los niveles más altos, Bolivia en situación intermedia (y estos 4 países con prevalencias de último año superiores al promedio mundial) y Ecuador y Perú con las cifras más bajas, aún cuando este último país tiene una prevalencia año similar al promedio mundial.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	8,25	2,67	1,63
Bolivia	4,10	0,66	0,45
Chile	6,40	1,31	0,62
Ecuador	1,34	0,11	0,07
Perú	1,55	0,31	0,16
Uruguay	4,63	1,68	0,92

\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

<sup>3</sup> De acuerdo a los reportes de los países a ONUDD y MEM/CICAD, las incautaciones corresponden al grado de pureza habitual en la calle.



En las tablas 14 y 15 se presentan las prevalencias por sexo. El consumo de cocaína entre los varones tiene similar distribución que el observado en la situación global entre los países: un primer conjunto de países conformado por Argentina, Chile y Uruguay presentando los mayores niveles de consumo, Perú y Ecuador con las prevalencias más bajas, y Bolivia con consumo intermedio

entre ambos grupos. Por otra parte, al comparar al interior de cada país, se observa que el consumo de cocaína en varones es superior al de las mujeres en todos los países, con la excepción de Bolivia, donde el consumo reciente es similar en ambos grupos, pero el consumo actual es superior en las mujeres que en los hombres.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	9,82	3,24	1,93
Bolivia	6,64	0,65	0,29
Chile	10,01	2,10	1,00
Ecuador	2,29	0,24	0,15
Perú	3,00	0,47	0,20
Uruguay	7,22	2,75	1,63

\* Prevalencias ajustadas por edad

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	6,93	2,18	1,37
Bolivia	1,96	0,67	0,59
Chile	3,34	0,65	0,29
Ecuador	0,54	0,00	0,00
Perú	0,33	0,17	0,12
Uruguay	2,43	0,78	0,31

\* Prevalencias ajustadas por edad

De acuerdo a la evidencia internacional que muestran estudios de similares características, el consumo de sustancias psicoactivas tiende a diferenciarse según la edad de las personas, y afecta más al grupo de jóvenes y adultos-jóvenes, con relación a las personas por sobre los 35 años de edad. En las tablas 16 y 17, se presentan los resultados sobre el consumo de cocaína para los grupos de edad definidos en este informe: 15 a 34 años y 35 a 64 años. En general, para las prevalencias de último año y último mes, los niveles de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años en casi todos los países, con la excepción de

Bolivia y Ecuador donde se registran prevalencias de vida más altas en el grupo etario de 35 a 64 años de edad. En cuanto al consumo reciente entre los jóvenes de 15 a 34 años, se observa una situación similar a la descrita anteriormente, con Argentina, Chile y Uruguay con los valores más altos, Bolivia con cifras intermedias y Ecuador y Perú con valores más bajos. Sin embargo, respecto del consumo actual en ese segmento de edad, Argentina y Uruguay presentan tasas de consumo importantes, Bolivia y Chile conformando un grupo con resultados equivalentes e intermedios y finalmente Ecuador y Perú con las prevalencias más bajas.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	9,68	3,30	1,98
Bolivia	3,02	0,78	0,71
Chile	7,84	1,82	0,73
Ecuador	1,12	0,15	0,06
Perú	1,95	0,35	0,15
Uruguay	7,10	2,89	1,60

\* Prevalencias ajustadas por sexo

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	6,91	2,05	1,29
Bolivia	4,83	0,31	0,00
Chile	4,55	0,75	0,48
Ecuador	1,58	0,08	0,08
Perú	1,17	0,26	0,15
Uruguay	2,09	0,46	0,22

\* Prevalencias ajustadas por sexo

## IV. 2 POBLACIÓN CON SIGNOS DE DEPENDENCIA

Como se mencionó anteriormente, la prevalencia de consumo de cocaína durante el último año es, en promedio, de 1,4% en los seis países, involucrando a aproximadamente 600.000 personas. En los 5 países que incluyeron las preguntas correspondientes para identificar los signos de dependencia, (los seis indicadores de la CIE-10), entre las personas que declararon haber consumido cocaína en el último año, se delimita el porcentaje de usuarios de cocaína con "signos de dependencia" que se presentan en el gráfico 6.

Como se observa, los porcentajes de personas con signos de dependencia al consumo de cocaína varían entre 18,9% en Uruguay a 46,1% en Ecuador, con un promedio en los 5 países de 41,1% lo que equivale a aproximadamente 240.000 personas. Mientras que en Uruguay 1 de cada 5 consumidores de último

año de cocaína presentan signos de dependencia, en Chile es aproximadamente 1 de cada 3, y en Argentina, Ecuador y Perú es aproximadamente 1 de cada 2.

## IV.3 EDAD DE INICIO

En la tabla 18 se presentan las estadísticas relacionadas con la edad de inicio de consumo de cocaína, en términos del promedio de edad, y los percentiles 25, 50 (mediana) y 75.

Como se observa, la edad de inicio más precoz entre las personas que han declarado consumo de cocaína se encuentra en Argentina, donde un 25% (percentil 25) de ellos consumieron por primera vez esta droga a los 16 años o menos. En el resto de los países la edad de inicio es, en promedio, uno o dos años posterior. Un 50% lo hizo por primera vez a los 21 años en Chile, a los 20 años en Bolivia, a los 19 años en Ecuador y Uruguay y a los 18 años en Argentina y Perú.

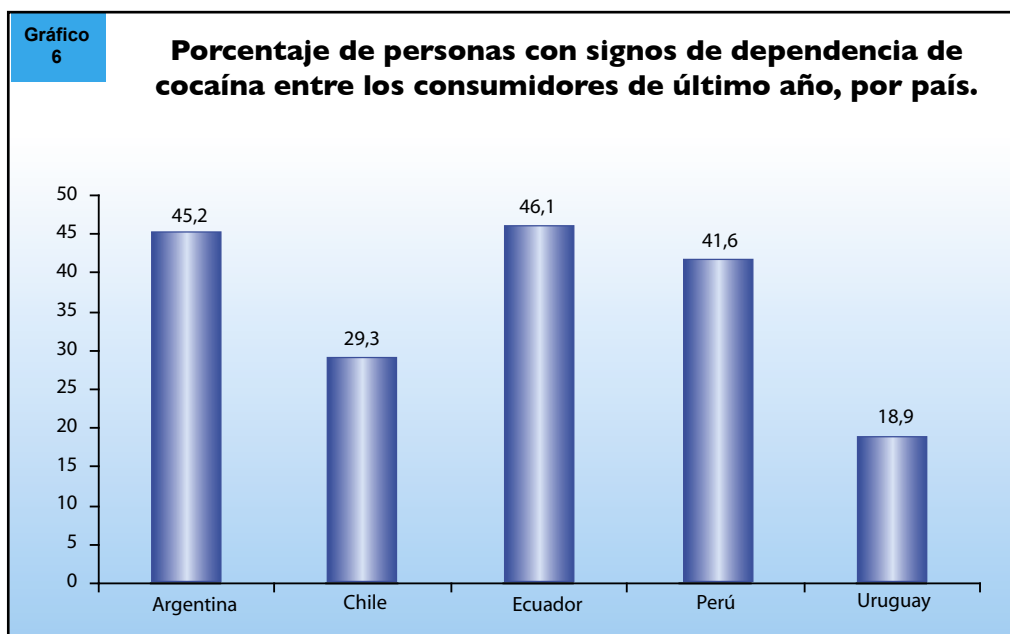


Tabla 18 Edad de inicio del consumo de cocaína, población 15 a 64 años, por país.				
País	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Argentina	18,8	16	18	20
Bolivia	20,8	18	20	25
Chile	22,9	18	21	26
Ecuador	20,4	17	19	22
Perú	19,2	17	18	20
Uruguay	20,0	17	19	21

#### IV.4 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS

##### *Percepción de gran riesgo*

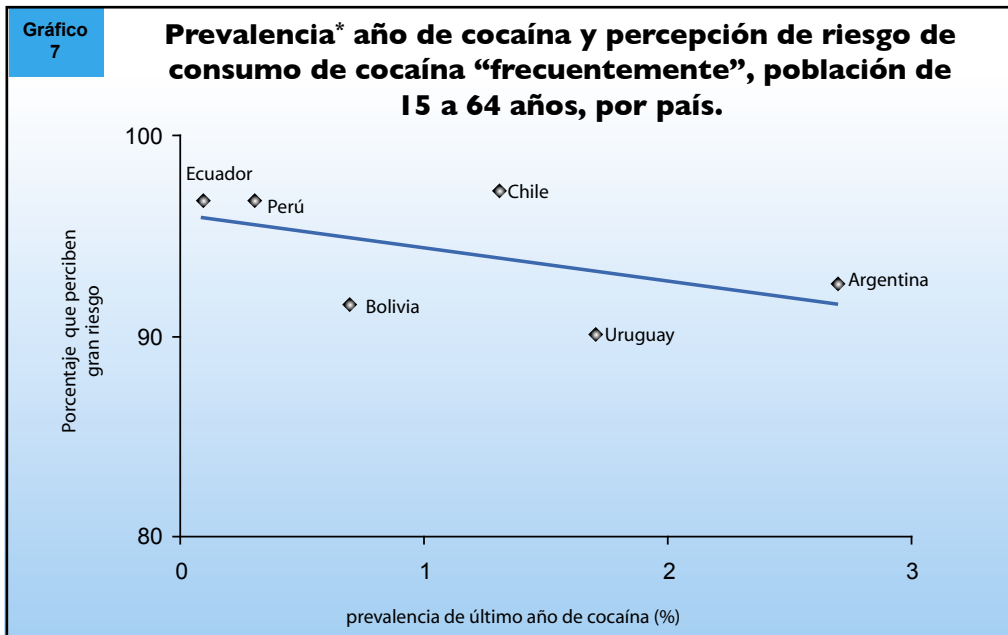
En esta sección se presentan los resultados sobre la percepción de las personas sobre el **riesgo** frente al consumo frecuente de cocaína, entre la población de 15 a 64 años. Como se

observa en la tabla 19, en todos los países existe una alta percepción de riesgo respecto del consumo frecuente de cocaína. Las cifras son bastante homogéneas entre todos los países con porcentajes que oscilan entre 90% en Uruguay y un 97% en Chile, no observándose diferencias relevantes entre los dos grupos de edad.

Tabla 19 Percepción de riesgo de consumir cocaína frecuentemente por edad y total, por país.			
País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	92,4	92,2	92,5
Bolivia	91,9	90,1	91,2
Chile	96,3	98,1	97,2
Ecuador	96,2	97,2	96,7
Perú	96,9	96,0	96,5
Uruguay	89,1	90,9	90,1

En el gráfico 7, se presentan los resultados sobre percepción de riesgo y la prevalencia de consumo de último año para cada país. Como se puede observar, aún cuando las diferencias en la percepción de riesgo del consumo frecuente de cocaína es bastante pequeña entre los países, existiría cierta coherencia entre los resultados

asociados al consumo, es decir, una tendencia en términos de que aquellos países con mayores niveles de consumo, tienden a presentar menor percepción de riesgo. Si bien esta tendencia no es muy marcada, representa un indicio de la relación entre ambas características.



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

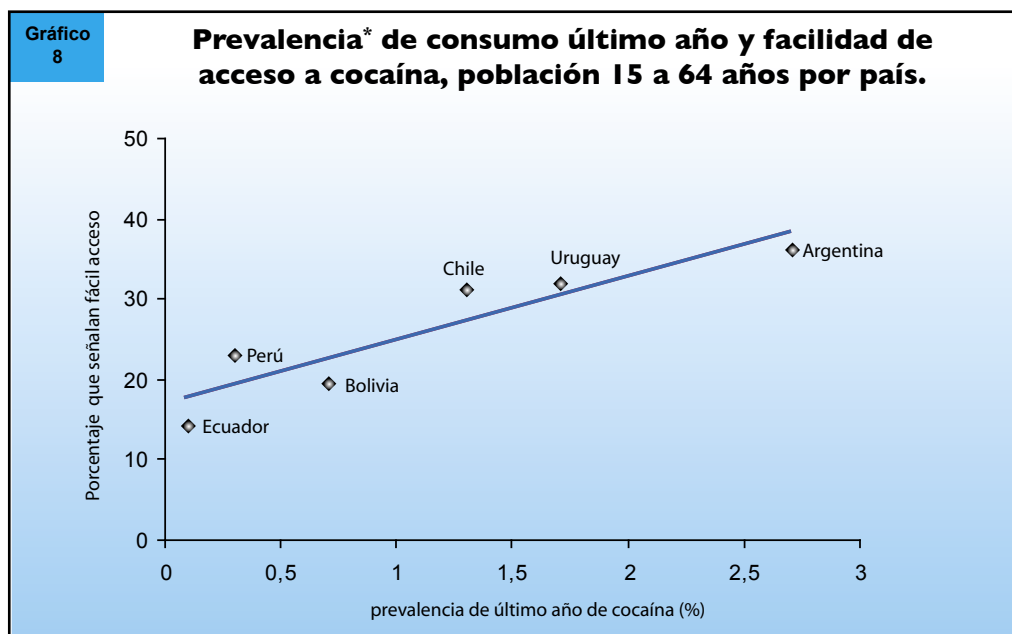
**Facilidad de acceso**

En la tabla 20, se presentan los resultados sobre la percepción de facilidad de acceso a la cocaína, es decir, el porcentaje de la población, según grupos de edad, que respondieron que les resultaría fácil conseguir cocaína, frente a la pregunta “qué tan fácil o difícil le resultaría conseguir cocaína”. Los resultados para cada grupo de edad y para el total de la población en cada uno de los seis países, muestran una distribución similar al observado respecto de consumo. En los tres países con mayor consumo de cocaína, Argentina, Chile y Uruguay, más del 30% de los encuestados manifiestan que les resultaría fácil conseguir cocaína, después se

encuentran Bolivia y Perú con aproximadamente el 20% y finalmente Ecuador con un 14% de los encuestados. En términos generales, la facilidad de acceso tiende a ser siempre mayor entre la población más joven.

La relación entre facilidad de acceso y consumo reciente de cocaína se presenta en el gráfico 8. Se puede observar que los países con mayor nivel de consumo son aquellos donde existe, por parte de la población, una mayor percepción de facilidad de acceso a esta droga y, por el contrario, los países con menores índices de consumo son los que presentan menores porcentajes de personas que perciben que les sería fácil conseguir cocaína.

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	42,1	30,4	35,8
Bolivia	19,3	19,4	19,4
Chile	33,2	28,7	30,8
Ecuador	14,2	13,5	13,9
Perú	25,2	20,4	22,9
Uruguay	39,1	26,2	31,9



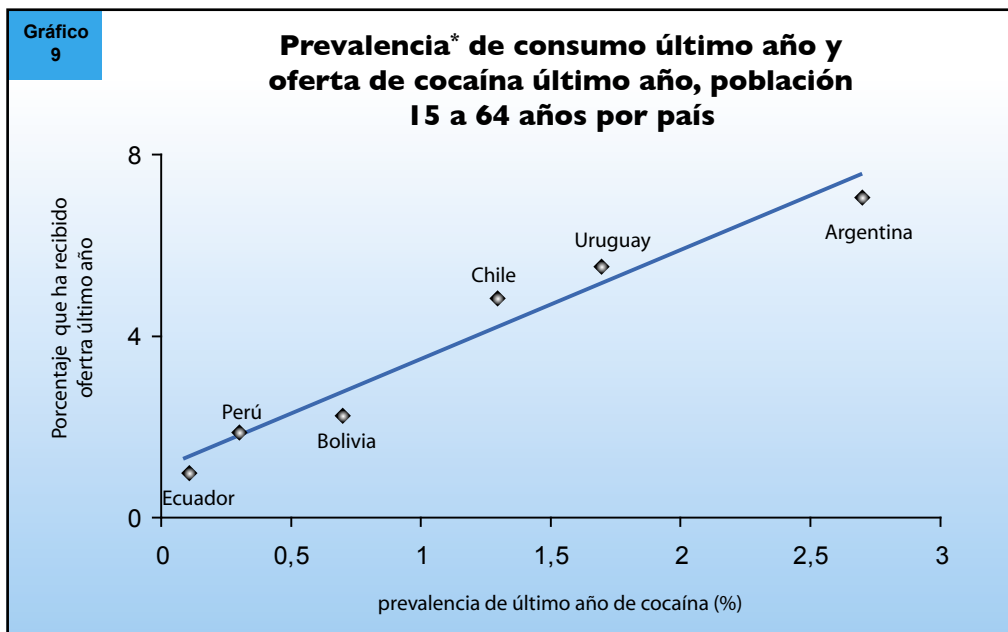
\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

**Oferta directa de cocaína**

Respecto de la oferta directa de cocaína (ya sea para probar o comprar) que recibió la población en el último año y en los últimos 30 días, los resultados expresados en porcentajes de personas que recibieron dicha oferta, se presentan en la tabla 21, para cada país. Como se observa, en Argentina, Chile y Uruguay las personas declaran haber recibido una mayor oferta de cocaína con relación a los otros tres países.

Las cifras de la tabla 21, son bastantes consistentes con las prevalencias de consumo el último año. En efecto, como se observa en el gráfico 9, aquellos países con mayores niveles de consumo reciente, son también aquellos donde la oferta del último año de cocaína es mayor.

<b>Tabla 21</b> <b>Distribución porcentual de la muestra según oferta de pasta base (“cuándo fue la última vez que le ofrecieron pasta base”), población 15 a 64 años por país.</b>		
País	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
Argentina	1,9	3,8
Bolivia	0,2	0,6
Chile	2,1	4,0
Ecuador	0,2	0,5
Perú	0,7	2,1
Uruguay	1,5	3,7



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

## PASTA BASE

### IV.5 CONSUMO DE PASTA BASE

En esta sección se presentan los resultados sobre el consumo de Pasta Base. De acuerdo a las aclaraciones que se realizaron al inicio del capítulo, Pasta Base incorpora las diferentes denominaciones que utilizan los países. Así por ejemplo, las preguntas del cuestionario correspondiente a esta droga en Bolivia, Chile, Ecuador y Uruguay se refieren a

pasta base, mientras que en Argentina es pasta base y/o paco y finalmente en Perú, es pasta básica de cocaína

En la tabla siguiente se presentan los resultados sobre las prevalencias de uso para cada país. Como se observa, los niveles de consumo, en cuanto a las prevalencias del último año, son muy similares en Argentina, Chile, Perú y Uruguay con cifras que oscilan entre un 0,4% a 0,6% de la población de 15 a 64 años de edad.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	1,13	0,54	0,27
Bolivia	0,90	0,09	0,08
Chile	2,92	0,62	0,30
Ecuador	0,80	0,14	0,12
Perú	1,47	0,43	0,18
Uruguay	0,95	0,36	0,15

\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo



Respecto del consumo según sexo, tal como muestran en las tablas 23 y 24, los varones, al igual que para el consumo de cocaína, tienen una prevalencia mayor que las mujeres, sea de vida, año y mes, y la relación entre los países es similar a la observada en el consumo global.

Bolivia y Ecuador no presentan consumo en el último año en las mujeres y en Argentina tienen la tasa anual de mayor uso, seguida por Chile y Uruguay.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	1,40	0,73	0,33
Bolivia	1,54	0,19	0,17
Chile	5,07	1,11	0,60
Ecuador	1,60	0,30	0,27
Perú	2,75	0,92	0,38
Uruguay	1,52	0,64	0,24

\* Prevalencias ajustadas por edad

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	0,90	0,38	0,21
Bolivia	0,35	0,00	0,00
Chile	1,10	0,21	0,04
Ecuador	0,13	0,00	0,00
Perú	0,41	0,02	0,02
Uruguay	0,48	0,13	0,07

\* Prevalencias ajustadas por edad

El consumo de pasta base según los dos grupos de edad analizados, muestra que es mayor entre el grupo de 15 a 34 años, tal como era esperable. Y las tasas anuales se comportan entre los países, tal como se presentaron en la distribución global: Argentina, Chile, Perú y Uruguay tienen las tasas mayores.

Respecto del consumo de pasta base en el grupo de 35 a 64 años, donde las tasas son muy bajas en general, en Uruguay no se registró consumo en el último año.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	1,44	0,77	0,40
Bolivia	0,59	0,05	0,05
Chile	3,89	1,01	0,43
Ecuador	0,81	0,09	0,06
Perú	1,51	0,53	0,20
Uruguay	1,82	0,73	0,29

\* Prevalencias ajustadas por sexo

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	0,80	0,29	0,13
Bolivia	1,20	0,11	0,09
Chile	1,74	0,21	0,15
Ecuador	0,80	0,18	0,18
Perú	1,45	0,33	0,17
Uruguay	0,07	0,00	0,00

\* Prevalencias ajustadas por sexo

#### IV.6 POBLACIÓN CON SIGNOS DE DEPENDENCIA

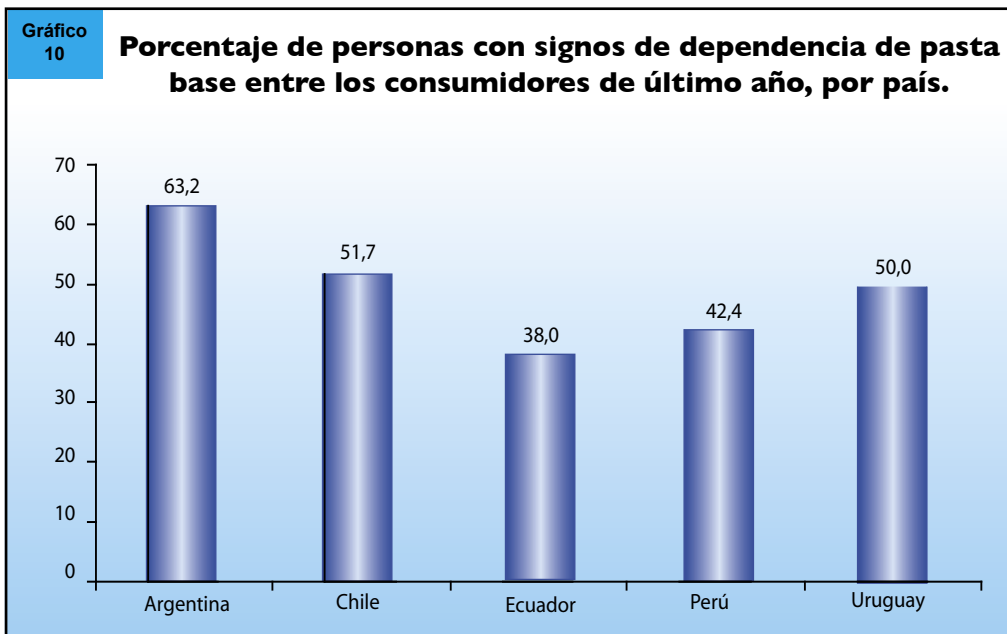
Tal como se viene analizando al interior de los usuarios del último año de marihuana y cocaína, se indagó en los usuarios del último año de pasta base sobre indicadores o signos de dependencia a este consumo.

En Argentina se encuentra el mayor porcentaje de usuarios del último año con signos de dependencia, seguido por Chile y Uruguay (gráfico 10).

#### IV.7 EDAD DE INICIO

La tabla 27, muestra las medidas estadísticas de la edad de inicio declarados por la población que alguna vez consumió pasta base.

La edad promedio de inicio más baja se encuentra en Argentina y la más alta en Bolivia. El indicador percentil 25 de la tabla 27 nos señala que en Argentina el 25% de las personas consumieron por primera vez pasta base a los 14 años o menos, mientras que en Perú y Uruguay fue a los 16 años o menos, en Chile fue a las 17 años y menos y en Bolivia y Ecuador 18 años o menos. Estas diferencias son un componente de la especificidad de los patrones de consumo en los países.



**Tabla 27**

**Edad de inicio del consumo de pasta base, población 15 a 64 años, por país.**

País	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Argentina	18,8	14	18	21
Bolivia	24,5	18	25	27
Chile	20,8	17	19	23
Ecuador	19,8	18	19	22
Perú	20,0	16	18	22
Uruguay	19,6	16	18	21

#### IV.8 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

##### Percepción de riesgo

Es alta la proporción de personas que en cada país considera que es un riesgo el consumo frecuente de pasta base. Los datos de la tabla 28, sin embargo, muestra que en Bolivia esta percepción de riesgo es menor, inferior al 80% de la población. Esta percepción considerada como un factor de protección es más elevada en Chile y Perú, países que según se describió anteriormente, tienen las tasas de consumo más elevadas, junto a Argentina y Uruguay.

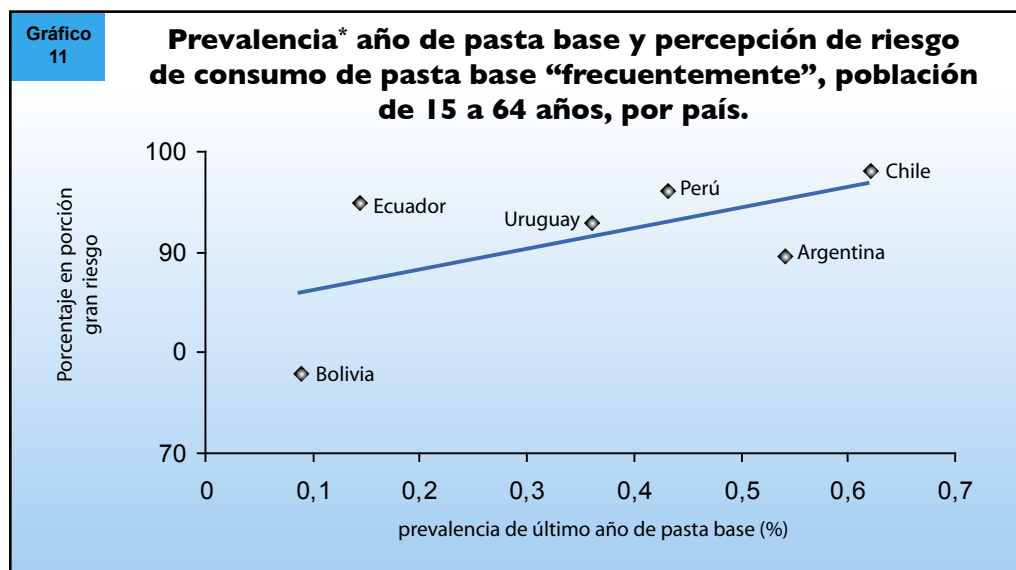
Bolivia presenta el porcentaje más bajo de percepción de riesgo, y está en relación al alto

porcentaje (19%) de personas que desconocen o no pueden opinar sobre el riesgo que el consumo de esta sustancias provoca.

En el gráfico 11 se muestran conjuntamente las prevalencias de consumo del último año y la percepción de riesgo.

La relación entre percepción de riesgo y consumo de pasta base se presenta con cierta debilidad. Mientras que en Chile se encuentra una alta percepción de riesgo el consumo es el más elevado, y frente a un consumo similar, en Argentina la percepción de riesgo es menor. La relación es más firme en Ecuador, donde el bajo nivel de consumo se acompaña a una alta percepción del riesgo.

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	90,0	88,8	89,4
Bolivia	77,7	77,8	77,7
Chile	98,2	97,6	97,8
Ecuador	93,7	95,4	94,5
Perú	96,7	95,9	96,3
Uruguay	92,5	92,6	92,6



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

**Facilidad de acceso**

Tal como se indagó respecto a marihuana y cocaína, se preguntó a la población bajo estudio en cada país sobre la percepción facilidad de acceso a la Pasta base. La tabla 29 reúne los porcentajes de población que en cada país expresó que es Fácil conseguir esta sustancia, en la población total y en los subgrupos de edad analizados.

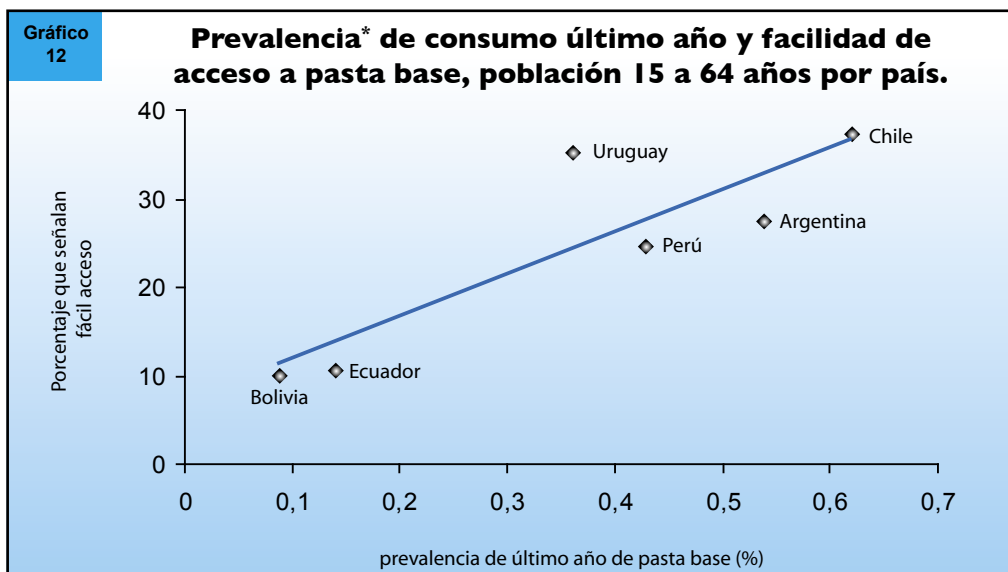
En términos globales, en Chile, Uruguay, Argentina y Perú entre un 25% y 37% la población percibe

que el acceso a la pasta base es fácil. En Bolivia y Ecuador esta percepción se corresponde a un 10% de la población bajo estudio.

En cuanto a la distribución de esta percepción según los grupos de edad, es mayor entre la población de 15 a 34 años en Uruguay, Chile, Argentina y Perú. En cambio, en Bolivia esta percepción es levemente mayor entre la población de 35 a 64 años, en tanto que en Ecuador no se diferencia la percepción según la edad de la población.

**Tabla 29** **Distribución porcentual de la muestra según facilidad de acceso (“les sería fácil conseguir”) de pasta base por edad y total, por país.**

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	32,1	23,4	27,4
Bolivia	9,1	11,5	10,2
Chile	39,2	35,8	37,4
Ecuador	10,3	10,8	10,5
Perú	26,6	22,5	24,7
Uruguay	41,9	30,2	35,4



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

La asociación entre los niveles de percepción de fácil acceso a la pasta base y el consumo anual de esta sustancia se muestra con mayor claridad en Bolivia, Uruguay y Chile, donde el mayor y menor consumo se corresponden a una mayor y menor percepción de facilidad de acceso. En Uruguay la percepción es alta, tanto como en Chile, pero la prevalencia de consumo es menor (gráfico 12).

**Oferta directa de pasta base**

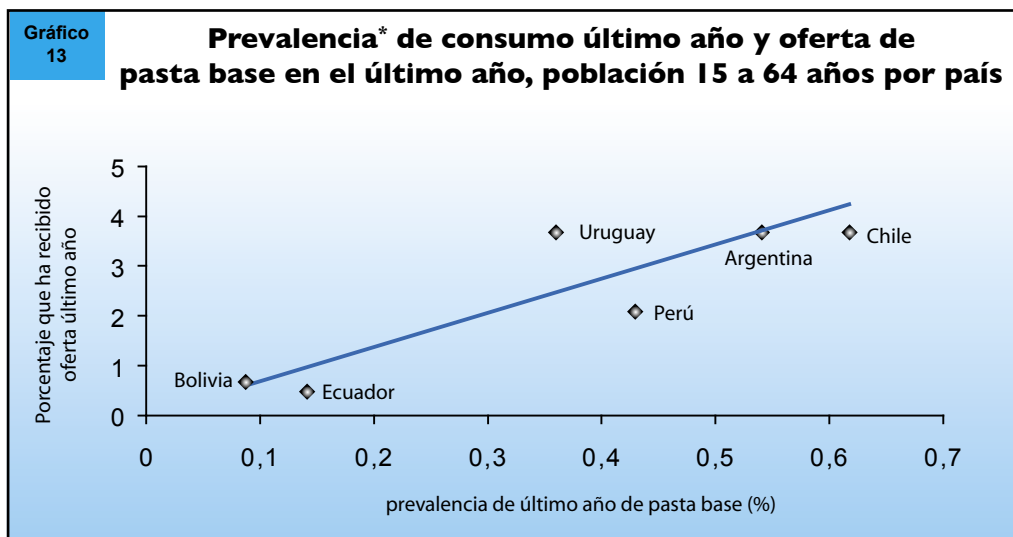
El porcentaje de la población que recibió oferta directa de pasta base en el último año, sea para consumir o comprar, es más alto en Chile, Argentina

y Uruguay, seguidos por Perú. En relación a la oferta recibida en los últimos 30 días anteriores a la encuesta, los porcentajes en los países son menores y la relación entre ellos no se modifica (tabla 30).

El gráfico 13 muestra la asociación entre la oferta recibida en el último año y la prevalencia de consumo de pasta base. Bolivia y Ecuador son los país donde su población recibió en el último año la menor oferta de pasta base y presenta las tasas de consumo más bajas. Por el contrario, Chile y Argentina tienen los valores mayores en oferta y consumo.

**Tabla 30** **Distribución porcentual de la muestra según oferta de pasta base (“cuándo fue la última vez que le ofrecieron pasta base”), población 15 a 64 años por país.**

País	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
Argentina	1,9	3,8
Bolivia	0,2	0,6
Chile	2,1	4,0
Ecuador	0,2	0,5
Perú	0,7	2,1
Uruguay	1,5	3,7



\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

## CAPITULO V:

### TABACO

#### V. I CONSUMO DE TABACO

En este capítulo se presentan los resultados sobre tabaco. De la misma forma que en los capítulos anteriores sobre drogas ilícitas, en éste se muestran las prevalencias de consumo de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, tanto para la muestra general de 15 a 64 años, como para hombres y mujeres y los grupos de edad de 15 a 34 y 35 a 64 años. Por otra parte, se presentan los resultados sobre la edad de inicio del consumo

de tabaco y la percepción de riesgo asociado al consumo. Finalmente se reporta la asociación entre el consumo de tabaco y el de marihuana.

En la tabla 31 se presentan los resultados a nivel general en la población de 15 a 64 años. Como se observa, el consumo actual (alguna vez en el último mes) es superior en Chile donde un 44% de las personas declaran consumo, seguido por Argentina y Uruguay (34%), Bolivia (26%), y finalmente Ecuador y Perú con un 19%.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	53,6	36,8	33,9
Bolivia	60,9	36,9	26,1
Chile	72,3	50,4	44,3
Ecuador	49,2	25,9	19,0
Perú	62,0	36,7	19,1
Uruguay	58,1	37,2	34,2

\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

En las dos tablas siguientes (32 y 33) se presentan los resultados de consumo de tabaco por sexo. Como se observa, las tasas de consumo del último año en los varones son bastante similares en Bolivia, Chile y Perú superando el 50% de las personas y de 40% en los otros 3 países. El

consumo actual entre los varones varía de un 30% en Perú a un 48% en Chile. En cuanto a las mujeres, los niveles de consumo entre los países presentan aún mayores diferencias. En efecto, la prevalencia del último mes fluctúa entre 7% en Ecuador y 41% en Chile.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	59,1	41,0	37,6
Bolivia	76,7	52,7	39,5
Chile	76,3	53,3	47,8
Ecuador	69,0	42,4	33,2
Perú	76,5	51,0	30,2
Uruguay	63,8	41,9	39,0

\* Prevalencias ajustadas por edad

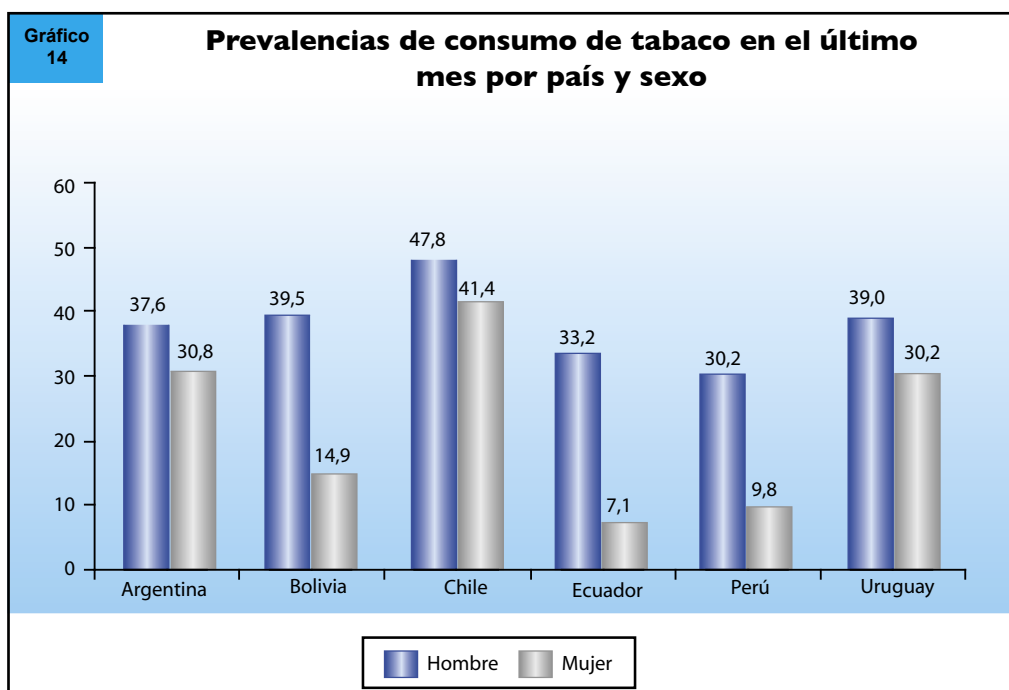
País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	49,0	33,2	30,8
Bolivia	47,5	23,6	14,9
Chile	68,9	47,9	41,4
Ecuador	32,6	12,0	7,1
Perú	49,8	24,8	9,8
Uruguay	53,4	33,2	30,2

\* Prevalencias ajustadas por edad



En el gráfico 14 se ilustra con mayor claridad las diferencias por sexo en cada uno de los países, como también las diferencias entre éstos. Como se observa, el consumo de tabaco es superior en hombres que en mujeres en todos los países, sin embargo las diferencias no son muy grandes entre ambos grupos en Argentina, Chile y Uruguay y sí lo son en los otros tres países. Así por ejemplo, en Ecuador mientras un 33% de los hombres declara consumo actual de tabaco, solo un 7% de las mujeres declara dicho consumo.

En las tablas 34 y 35 se presentan las prevalencias de vida, último año y último mes de acuerdo a la edad actual de las personas, para cada país. En el grupo de 15 a 34 años, destaca el alto consumo actual de tabaco Argentina, Chile y Uruguay, seguidos por Bolivia. En cambio, Ecuador y Perú presentan los niveles más bajos. Respecto de las personas de 35 a 64 años, los niveles de consumo actual son algo inferior a los anteriores, pero la tendencia se mantiene.



**Tabla 34**

**Prevalencias vida, año y mes de tabaco, edad 15 a 34 años, por país.**

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	52,2	38,9	35,6
Bolivia	57,0	39,0	27,6
Chile	71,7	54,9	47,0
Ecuador	47,3	27,8	19,4
Perú	61,3	41,0	21,9
Uruguay	56,5	39,5	35,4

\* Prevalencias ajustadas por sexo

País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	55,1	34,8	32,4
Bolivia	63,6	34,5	24,4
Chile	72,3	45,3	41,0
Ecuador	51,8	24,3	18,9
Perú	62,7	32,7	16,5
Uruguay	59,5	34,7	32,9

\* Prevalencias ajustadas por sexo

## V.2 EDAD DE INICIO

En la tabla 36 se presentan los resultados relacionados con la edad de inicio del consumo de tabaco. Como se observa, las cifras son muy similares en Argentina, Chile y Uruguay, con un

promedio de edad de inicio entre 16 y 17 años. En estos tres países, el 25% de los consumidores de tabaco iniciaron el consumo antes de los 15 años, cosa que ocurre dos años después en Bolivia, Ecuador y Perú (percentil 25).

País	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Argentina	16,4	14	16	18
Bolivia	18,8	16	18	20
Chile	16,6	14	16	18
Ecuador	18,4	16	18	20
Perú	18,2	16	18	20
Uruguay	16,3	14	15	18

### V. 3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS

#### Percepción de gran riesgo

A los encuestados se les preguntó acerca de la percepción de riesgo de consumir tabaco

frecuentemente. En general esta percepción es bastante alta en todos los países, con cifras entre 75% en Uruguay hasta 95% en Ecuador.

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	76,5	81,1	79,0
Bolivia	75,8	81,3	77,9
Chile	78,1	86,0	82,4
Ecuador	94,3	96,1	95,2
Perú	78,4	81,4	79,8
Uruguay	69,9	79,3	75,1



## CAPITULO VI: ALCOHOL

### VI.1 CONSUMO DE ALCOHOL

Como ha sido documentado por organismos especializados, en particular la Organización Mundial de la Salud, el consumo abusivo de alcohol es causante de una gran cantidad de enfermedades y accidentes, y además de una proporción importante de la demanda de tratamiento en centros de atención especializados.

Además diferentes estudios demuestran que es la droga de mayor consumo en casi todos los países, con un alto nivel de uso y abuso entre la población juvenil y por lo mismo merece la mayor atención.

En esta sección se presentan los resultados asociados al uso de esta sustancia en cada uno de los países de este informe. En la tabla 38 se presentan los resultados para la población de 15 a 64 años de cada uno de los países, para los tres indicadores que se han analizado anteriormente. Como se observa, el consumo actual (prevalencia de último mes) muestra diferencias importantes entre los países, pero con bastantes similitudes respecto de las otras drogas analizadas previamente: Argentina, Chile y Uruguay presentan las mayores proporciones de consumidores actuales de alcohol, seguidos por Bolivia y finalmente Ecuador y Perú con los niveles más bajos.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	76,3	65,3	52,4
Bolivia	86,2	66,8	43,8
Chile	88,6	76,8	60,8
Ecuador	81,9	56,8	33,0
Perú	86,3	65,8	36,6
Uruguay	81,6	67,2	52,9

\* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Respecto del consumo por sexo, en las dos tablas siguientes (39 y 40) se presentan los resultados separadamente para hombres y mujeres. En ambos casos el perfil de consumo entre los países es

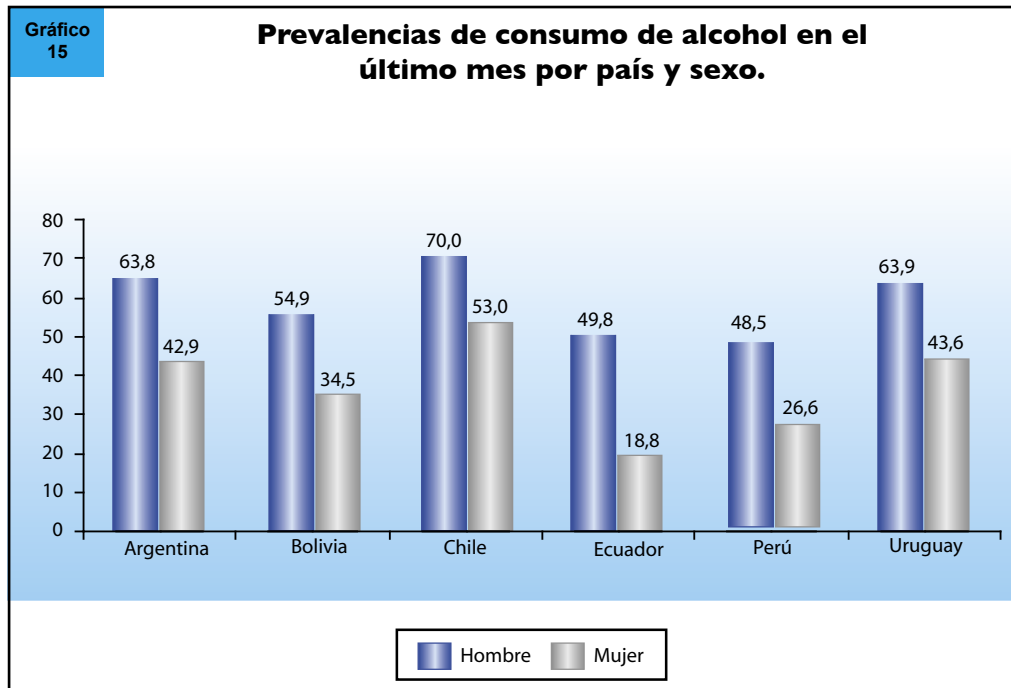
bastante similar al descrito recientemente, y con mayor nivel de consumo en los hombres que en las mujeres en todos los países, como se muestra en el gráfico 15.

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	82,7	74,1	63,8
Bolivia	89,7	74,6	54,9
Chile	91,9	82,8	70,0
Ecuador	89,9	73,1	49,8
Perú	90,8	75,9	48,5
Uruguay	87,4	75,3	63,9

\* Prevalencias ajustadas por edad

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	70,9	58,0	42,9
Bolivia	83,1	60,3	34,5
Chile	85,8	71,8	53,0
Ecuador	75,1	43,1	18,8
Perú	82,5	57,5	26,6
Uruguay	76,8	60,4	43,6

\* Prevalencias ajustadas por edad



En los dos grupos de edad estudiados se observa una tendencia bastante similar al de la población general, siendo las cifras al interior

de cada país bastante similares entre esos grupos (tablas 41 y 42).

**Tabla 41**

**Prevalencias vida, año y mes de alcohol, edad 15 a 34 años, por país.**

País	Prevalencias*		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	79,3	69,6	55,5
Bolivia	79,3	64,2	41,0
Chile	87,4	76,2	59,1
Ecuador	80,9	60,3	35,9
Perú	84,0	66,5	37,8
Uruguay	85,0	73,9	58,8

\* Prevalencias ajustadas por sexo

**Tabla 42**

**Prevalencias vida, año y mes de alcohol, edad 35 a 64 años, por país.**

País	Prevalencias*		
	Vida	Ultimo Año	Último Mes
Argentina	73,5	61,4	49,7
Bolivia	91,1	67,6	45,1
Chile	89,1	76,7	61,8
Ecuador	83,7	54,0	30,9
Perú	88,7	65,4	35,7
Uruguay	78,2	60,5	46,9

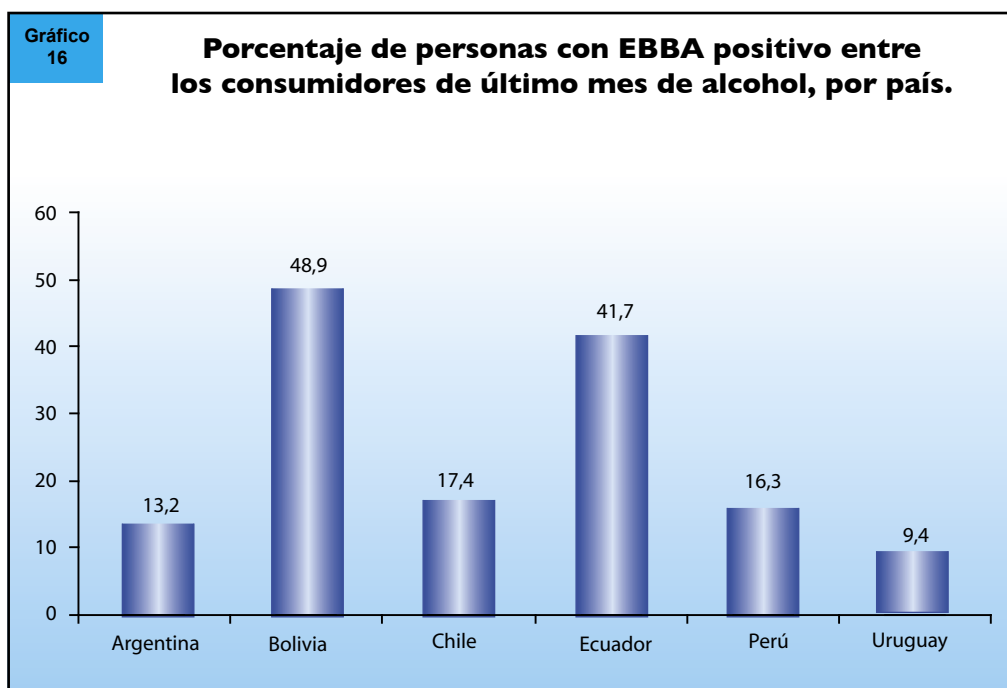
\* Prevalencias ajustadas por sexo

### VI.2 CONSUMO PROBLEMÁTICO

Como se mencionó en el capítulo de metodología, el consumo problemático de alcohol se determinó mediante la Escala Breve del Bebedor Anormal de Alcohol (EBBA). Entre los consumidores de alcohol durante los últimos 30 días, el gráfico 16 muestra el porcentaje de ellos que dieron positivo

para la escala (2 o más respuestas positivas de las 7 de la escala).

Como se observa, las diferencias entre los países son bastante importantes. En efecto, Bolivia y Ecuador presentan cifras superiores al 40% mientras el resto de los países tiene porcentajes inferiores al 20%.





Es decir, en Bolivia casi 1 de cada 2 consumidores de alcohol en el último mes dan positivo para la escala EBBA y en una situación algo similar se encuentra Ecuador mientras que en Chile y Perú es 1 de cada 6 y en Uruguay 1 de cada 10.

### VI.3 EDAD DE INICIO

Respecto de la edad de inicio del consumo de alcohol en la población de 15 a 64 años, se observan

bastantes similitudes entre los países donde el promedio está alrededor de los 18 años. En el caso de Argentina, Chile y Uruguay, el 25% de la población inicia a una edad más temprana el consumo de alcohol, lo hace un año después de la edad de inicio del consumo de tabaco. En los otros tres países las edades de inicio de tabaco y alcohol son bastante similares (tabla 43).

País	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Argentina	17,0	15	16	18
Bolivia	18,8	16	18	20
Chile	18,3	15	18	20
Ecuador	18,5	16	18	20
Perú	18,4	16	18	20
Uruguay	16,8	15	16	18

#### VI.4 PERCEPCIÓN DE GRAN RIESGO

De la misma forma que para las otras drogas, los encuestados fueron requeridos respecto de su percepción de riesgo asociado al consumo frecuente de alcohol. Los resultados que se presentan en

la tabla 44 nos señalan que existe una alta percepción de riesgo en la población de cada país, destacando Ecuador con un 96%, cifra que desciende a 75% entre la población de Uruguay.

País	Grupo de Edad		Total 15 a 64 años
	15 a 34	35 a 64	
Argentina	76,8	82,0	79,6
Bolivia	79,9	86,1	82,2
Chile	81,4	85,1	83,4
Ecuador	95,3	97,0	96,1
Perú	83,0	85,9	84,4
Uruguay	69,8	79,3	75,1

## CAPITULO VII: POLICONSUMO

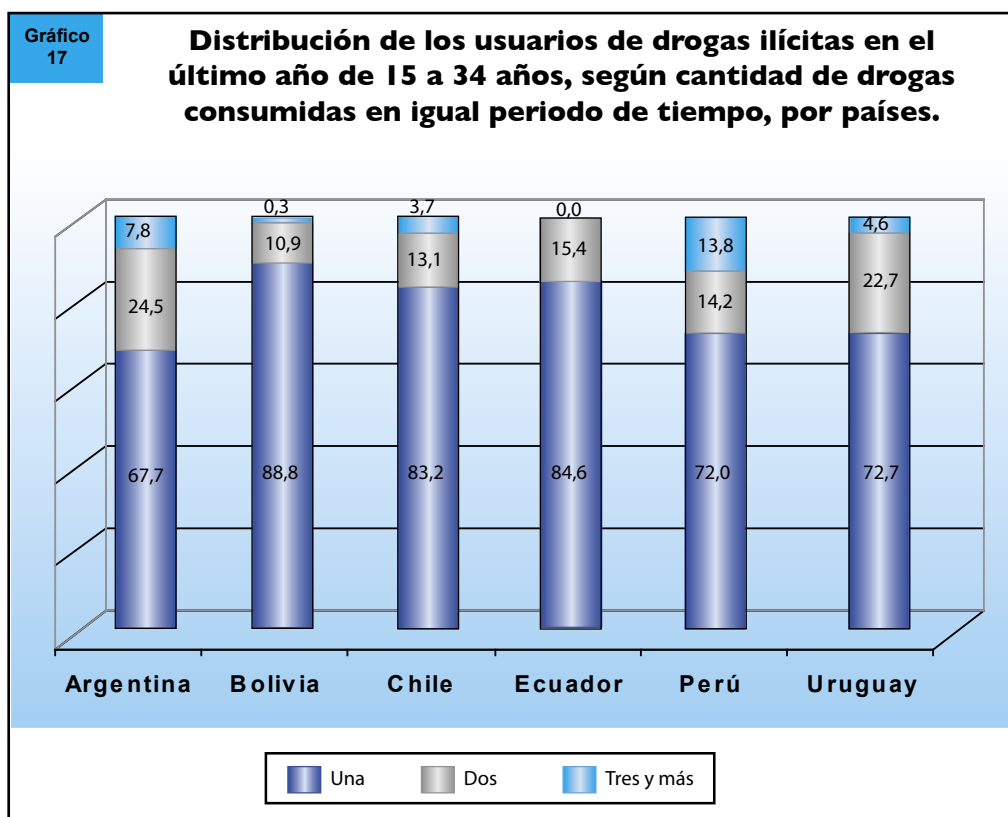
El objetivo de este capítulo es describir un componente acerca del patrón de consumo de drogas en un país, es decir, el uso de una o más drogas, este último denominado poli consumo.

Para hacer más visible la magnitud y gravedad del uso de drogas, se dejarán afuera los consumos de alcohol y tabaco y por lo tanto se evalúa el consumo en el último año de las drogas ilícitas.

En primer lugar se presentará la distribución según el número de drogas consumidas, para luego

presentar los tipos de drogas que lo conforman, concentrándose en el grupo de 15 a 34 años.

En el gráfico 17, se muestra la distribución porcentual de los usuarios de drogas ilícitas del último año de 15 a 34 años, según el número de drogas consumidas en ese periodo de tiempo. En total, en los países que conforman el Sistema Subregional, cerca de 1.6 millones de personas de 15 a 34 años consumieron alguna droga ilícita en el último año.



Bolivia es el país que presenta mayor porcentaje de usuarios de una sola droga (mono consumidores), con un 89%; es decir, del total de consumidores de alguna droga ilícita en este país, el 89% usó solo una droga. A continuación están Ecuador y Chile con alrededor de un 84%. Perú y Uruguay tienen un 72% mono usuarios de drogas ilícitas en el último año y Argentina presenta el porcentaje de monoconsumidores inferior al 70%. En este último país casi uno de cada cuatro consumidores del último año, han usado dos drogas ilícitas, mientras que en Uruguay es del 22,7%. Perú presenta la mayor proporción de policonsumo que considera tres o más sustancias con el 13,8%, seguido por Argentina.

Nuevamente si consideramos el reporte 2007 de Naciones Unidas (y algo similar ocurre en los años anteriores), unas 200 millones de personas en el mundo (de 15 a 64 años) han consumido alguna sustancia ilícita (incluyendo anfetaminas), y de esos 200 millones cerca de 160 millones corresponden a consumo de marihuana. Dicho de otra forma, aproximadamente el 80% de los consumidores recientes de drogas ilícitas consumen marihuana,

ya sea en forma exclusiva o combinada con alguna otra droga ilícita.

La tabla 45 muestra que en los países que conforman el Proyecto Subregional, con excepción de Perú, la mayoría de los consumidores del último año en el grupo de 15 a 34 años consumen solo marihuana, con cifras que superan el 70% en Bolivia, Chile y Ecuador. Los perfiles de consumo se diferencian según los países analizados: mientras en Argentina y Uruguay es importante el uso combinado de marihuana y cocaína (alrededor del 19% de los consumidores en cada país), el primero presenta un porcentaje relevante de uso exclusivo de cocaína (5%), en Bolivia es importante el consumo exclusivo de sustancias inhalables (13% del total de consumidores). Chile y Ecuador, siendo los países donde es más alto el mono consumo de marihuana, aparece en segundo lugar el consumo combinado de marihuana y cocaína (9% y 10% respectivamente).

Perú se distingue por el menor porcentaje de mono consumidores de marihuana y el mayor consumo de pasta base, ya sea solo (12%) o combinado con marihuana (9%).

Policonsumo	PAIS					
	ARGENTINA	BOLIVIA	CHILE	ECUADOR	PERU	URUGUAY
Solo marihuana	61,6	71,4	78,6	73,7	47,8	64,7
Solo pasta base	0,7	0,3	1,4	4,5	12,3	0,6
Solo cocaína	4,8	0,4	1,4	5,0	4,7	1,6
Solo solventes e inhalables	0,0	12,8	0,1	0,0	1,7	0,0
Marihuana+pasta base	1,1	0,2	2,6	4,4	9,2	1,6
Marihuana+cocaína	19,5	8,0	8,9	10,1	3,3	18,4
Otras combinaciones	12,2	4,7	5,5	1,3	19,0	7,4
Otra droga**	0,1	2,2	1,5	1,0	2,0	5,7
Total	100	100	100	100	100	100

\*\* Otras drogas excluye a marihuana, cocaína, pasta base, solventes o inhalables y éxtasis

Como ha sido mencionado, la marihuana es por lejos la droga de mayor consumo en todos los países. Con el objeto de relevar aún más esta situación, se han considerado tres grupos de consumidores recientes, entre la población de 15 a 34 años:

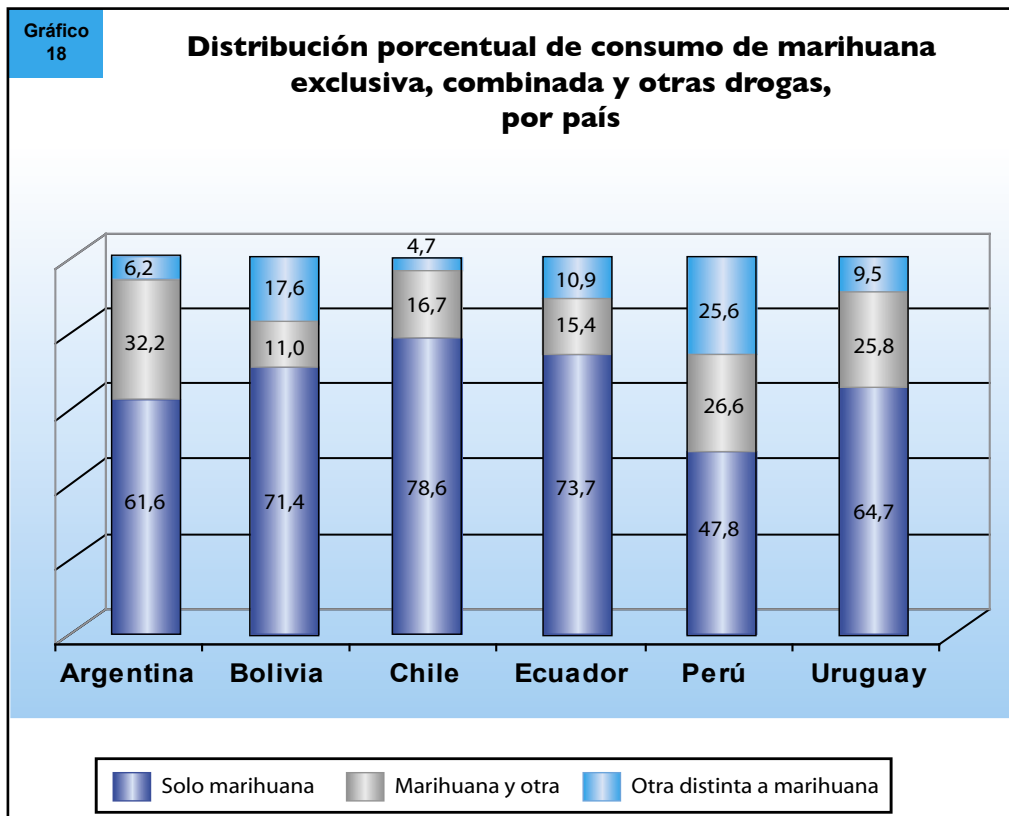
- 1.- Consumidores exclusivos de marihuana,
- 2.- Consumidores de marihuana y alguna otra droga ilícita o de uso indebido (pasta base, inhalables, cocaína, éxtasis, heroína u otra droga),
- 3.- Consumidores de alguna droga ilícita diferente de marihuana.

En todos los países los consumidores de drogas representan el 100% del grupo estudiado, los cuales son divididos en los tres grupos descritos anteriormente.

Como se observa en el gráfico 18, hay algunas diferencias que son importantes de

destacar. Mientras que en Argentina y Chile alrededor del 95% de los consumidores de drogas ilícitas son consumidores de marihuana en forma exclusiva o combinada, en Uruguay y Ecuador esa cifra alcanza al 90%. Por contraste, en Bolivia el 17,6% de los consumidores son usuarios de una droga diferente a marihuana llegando en Perú al 25,6%.

Cabe destacar que los reportes de tratamiento de la Unión Europea ponen a la marihuana como la segunda droga de acceso a programas de tratamiento después de la heroína, y existe importante evidencia que indica que la marihuana produce dependencia al igual que otras drogas, genera importantes daños a la salud de las personas y predispone al uso de drogas aún más adictivas. La marihuana no es una droga inocua y su consumo problemático debe ser objeto de análisis específicos.





## ANEXO

### SÍNTESIS DE FICHAS TÉCNICAS DE LOS ESTUDIOS NACIONALES

En este anexo se presenta la información sintetizada de los seis países con relación a la información relacionada con aspectos técnicos del estudio, tales como elaboración de la muestra, selección de la entidad para realizar el levantamiento de información, detalles de la ejecución del trabajo de campo, supervisión, explotación de las bases de datos, elaboración de informes, entre otros detalles de interés.

#### MODALIDAD DE SELECCIÓN DE LA ENTIDAD EJECUTORA DEL TRABAJO DE CAMPO

Todos los países realizaron procesos de licitación para seleccionar a la entidad encargada de la realización del levantamiento de información en terreno. En el caso de **Argentina** se realizó una licitación internacional a la que se presentaron 4 empresas; **Bolivia** realizó una licitación a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); **Chile** realizó un proceso de licitación pública a nivel nacional mediante el Sistema Nacional de Compras y Contratación Pública, Chile Compra y se realizó la adjudicación por competencia técnica, experiencia y precio entre 5 entidades participantes; **Ecuador** aplicó dos modalidades, la primera mediante la selección a través de Concurso de Servicios realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La segunda fue una selección a través de invitación a la firma de convenio realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP. **Perú**

realizó un concurso por invitación a empresas o institutos especializados en estudios de opinión e investigación social y de mercado a nivel nacional. **Uruguay** realizó una licitación abreviada (por invitación) ejecutada por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de Uruguay, invitando a seis empresas, de las cuales 4 presentaron propuestas.

#### ENTIDADES EJECUTORAS DEL TRABAJO DE CAMPO

Las entidades seleccionadas fueron las siguientes: En Argentina la empresa **OPSM** – Opinión Pública, Servicios y Mercados. En Bolivia la empresa **Gallup**. En Chile la empresa **Adimark GfK**. En Ecuador el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, **CEPAR**, realizó el trabajo de campo en las ciudades de Quito y Guayaquil y el Centro de Planificación y Estudios Sociales, **CEPLAES**, realizó el levantamiento de la información en el resto del país. En Perú el **Instituto CUANTO**. En Uruguay la empresa **EQUIPOS/MORI**.

#### POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo para todos los países fue aquella que se encuentra entre los 12 y 65 años de edad, de ambos sexos, con las siguientes especificidades: En el caso de Argentina, aquella que reside en localidades de 80 mil habitantes y más. En el caso de Bolivia, residentes en hogares particulares (no incluye población institucionalizada) de las ciudades de La Paz, El Alto, Oruro, Cochabamba, Santa Cruz,

Sucre, Tarija, Potosí, Trinidad y Cobija. En el caso de Chile los residentes en viviendas particulares de 91 comunas de las 13 regiones del país con población urbana de 30 mil o más habitantes, salvo algunas comunas de cabecera con menor tamaño en regiones de baja población, como Aysén y Alto Hospicio. En Ecuador se incluyó a las ciudades con más de 50 mil habitantes en las regiones Costa y Sierra. Para la región Oriental se tomaron en cuenta ciudades de más de 24 mil habitantes, para tener representatividad para esta región y mejorar la representatividad a nivel nacional. En Perú se incluyó a la población residente en ciudades de 20 mil o más habitantes. En Uruguay se consideró a los residentes en localidades urbanas de más de 10 mil habitantes de todo el país.

## DOMINIOS DE ESTIMACIÓN

### Argentina:

- Aglomerados de más de 1.500.000 habitantes
- Aglomerados de 500.000 a 1.500.000 habitantes
- Aglomerados de 80.000 a 500.000 habitantes

### Regiones:

1. Gran Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del Conurbano Bonaerense).
2. Pampeana: Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Resto de la Provincia de Buenos Aires.
3. Noroeste: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero.
4. Noroeste: Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa.
5. Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis.
6. Patagónica: Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

**Bolivia:** El Universo lo constituyeron las 10 ciudades objeto de estudio las cuales constituyen los dominios de estimación.

**Chile:** Dadas las características del diseño y la validez estadística de la información, las cifras estimadas

se elaboran y publican en el ámbito regional (13 regiones) y nacional.

**Ecuador:** Se definieron cinco dominios de estimación: las regiones Costa, Sierra y Oriente y las ciudades de Quito y Guayaquil.

**Perú:** Por regiones naturales: Lima y Callao, resto de Costa, Sierra y Selva. Por tamaño de ciudad: ciudades entre 20 mil y 100 mil habitantes; ciudades entre 100 mil y 500 mil habitantes; ciudades entre 500 mil y 1 millón de habitantes; y ciudades de más de 1 millón de habitantes.

**Uruguay:** Nacional, Montevideo y Grandes Áreas (3 Regiones).

## FUENTE DEL MARCO MUESTRAL

En el caso de Argentina, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, con base en el último Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001. En Bolivia: aporte de la empresa consultora de un Sistema de Información Geográfica (SIG) con cartografía actualizada al 2006 y con detalle hasta el nivel de predios para las 10 ciudades objeto de estudio y otras más. En este SIG introduce el Censo del año 2001 y las actualizaciones anuales que la empresa efectuó hasta el año 2007. En Chile: la muestra es elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Toma como base el Marco Muestral Maestro definido para el Programa Integrado de Encuesta de Hogares (PIDEH) que detalla estratos (comunas), secciones o conglomerados dentro de cada comuna y viviendas dentro de cada sección, a partir de información sobre población y vivienda recogida en el último Censo Nacional del año 2002. El INE realiza una actualización de la cartografía de los sectores seleccionados, para el año en que se aplica la encuesta. En Ecuador: el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, año 2000. Las empresas ejecutoras realizaron la actualización cartográfica de los sectores seleccionados en la muestra. En Perú: El marco muestral fue construido tomando como base los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2005, realizado por el



Instituto Nacional de Estadística e Informática. En Uruguay: el marco muestral se construye en base a la información del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2004.

## MÉTODO DE MUESTREO

En todos los países la característica principal es que se trata de un muestreo estratificado en función de los dominios descritos anteriormente, probabilístico y trietápico.

- Unidades Primarias de Selección: conglomerados de manzanas en las ciudades definidas para cada país de acuerdo a los criterios mencionados.
- Unidades Secundarias de Muestreo: viviendas en los conglomerados seleccionados.
- Unidades Terciarias de Muestreo: un individuo de 12 a 65 años en las viviendas seleccionadas, entre aquellas que cumplieran el requisito de edad definido previamente.

Debido a que se trata de un muestreo no autoponderado, en cada país se procedió a calcular el factor de expansión, el cual es el recíproco del producto de las probabilidades de selección de cada una de las tres etapas del proceso.

Este factor de expansión fue utilizado en las estimaciones de los indicadores de cada país.

## TAMAÑO DE MUESTRA TEÓRICA Y EFECTIVA

Cada país definió el tamaño de muestra necesario para las estimaciones según los dominios definidos en cada uno de ellos. Como es usual en este tipo de estudios, por diversas razones se producen pérdidas por lo cual fue necesario que cada país hiciera una estimación previa de la proporción posible de pérdidas en función de la experiencia de estudios anteriores o similares. De esta forma se procedió a calcular el tamaño de muestra teórica. Este es el

número total de casos que se contactaron en cada país.

En Argentina la muestra teórica fue de 19.084 viviendas y la muestra efectiva de 13.493 personas. En Bolivia la muestra teórica fue de 14.166 viviendas y la muestra efectiva de 9.533 personas. En Chile la muestra teórica fue de 23.796 viviendas y la muestra efectiva de 17.192 personas. En Ecuador la muestra teórica fue de 10.610 viviendas y la muestra efectiva de 7.954 personas. En Perú la muestra teórica fue de 12.884 viviendas y la muestra efectiva de 11.825 personas. En Uruguay la muestra teórica fue de 22.000 viviendas y la muestra efectiva de 7.000 personas.

## TASA DE NO RESPUESTA

En Argentina la tasa de No Respuesta (diferencia porcentual entre el tamaño de muestra teórico y el tamaño efectivo) fue de 29,4% desagregada de la siguiente forma: ausentes 22,7%, rechazo 44,5%, personas fuera de rango: 32,8%. En Bolivia la tasa de no respuesta fue del 32,7% y se desagrega de la siguiente forma: la persona seleccionada no disponible fue 39,0%, rechazo 28,8%, lugar seleccionado no es un hogar 9,0%, no vive nadie/casa deshabitada 15,8%, personas fuera de rango 6,2%, entrevista interrumpida/ faltó tiempo 1,2%. En Chile, respecto a la muestra total de 23.796 viviendas, la tasa de no respuesta alcanzó a 28,5%. El detalle de este porcentaje se expresa de la siguiente manera: razones de no logro vivienda: no hay Nadie 21,8%; vivienda deshabitada 9,1%; vivienda no ubicada 8,5%; vivienda no particular 3,1%. no logro selección probabilística: rechazo de vivienda 18,9%; fuera de rango de edad 16,3%; rechazo de persona 13,2%; entrevistado ausente después de insistencia 5,7%; incapacidad para responder 3,1%.

En Ecuador, la tasa de no respuesta fue del 25%, desagregada de la siguiente manera: ausente, 26,5%, rechazo el 26,4% y otras razones, el 47,1%.

En Perú, se presenta la siguiente información: la tasa de no respuesta fue del 8,2% fuera de rango 17%; rechazo 77,9% y otras 5,1%. En Uruguay, la tasa de

no respuesta alcanza al 66,7%. El principal factor de no entrevista es ausente (53%), seguido de rechazo (18%), inelegible (12%) y otros motivos (17%). En situación de rechazo se visitó un mínimo tres veces en diferentes horas del día y de la semana, al igual que en casos de que no hubiera nadie en el hogar. Una vez realizada la entrevista a partir de allí se dejó un intervalo de tres viviendas y luego en la cuarta se tocó el timbre nuevamente, así hasta completar las cuatro encuestas previstas por punto muestral. Se reemplazó un hogar sólo si el encuestador lo visitó tres veces mínimo en diferentes horas del día y de la semana. En promedio se visitaron tres hogares por entrevista.

### **ERROR MUESTRAL A NIVEL NACIONAL PARA DIFERENTES PREVALENCIAS**

Como se mencionó anteriormente, el proceso de muestreo no autoponderado y en tres etapas es lo que se denomina muestreo complejo. Los errores estándares asociado a este tipo de procedimientos deben contemplar estas características, y son mayores que los errores estándares asociados a un muestreo aleatorio simple (el cual se caracteriza porque todas las unidades de la población tienen una probabilidad conocida e igual de ser seleccionadas en la muestra. Además es un procedimiento de una sola etapa).

En la tabla siguiente se presentan los errores de muestreo para diferentes prevalencias de consumo de drogas, y para cada país.

La fórmula del error de muestreo (ee) para estimaciones con 95% de confianza está dada por la siguiente expresión:

$$es = 1,96 * \sqrt{(ed) \frac{p * (100 - p)}{n} * (1 - n/N)}$$

donde:

- 1,96 corresponde al valor de la distribución normal estándar para estimaciones del 95%,
- e.d representa el Efecto de Diseño y es el cociente entre la varianza asociada al muestreo complejo y la correspondiente varianza de un muestreo aleatorio simple. Para el cálculo se ha convenido estimar el efecto de diseño en 1,44 (cuadrado de 1,2).
- p es la prevalencia (expresada en porcentaje) que se desea estimar
- n es el tamaño de muestra efectivo, y
- N es el tamaño de la población representada. Dado el alto valor de este número en cada país, la fracción de muestreo (n/N) se desprecia.

Tabla  
46**Errores de estimaciones para diferentes prevalencias, por país.**

País	Tamaño de muestra efectiva	Prevalencias (%)							
		1	5	10	15	20	30	40	50
Argentina	12.459	0,21	0,46	0,63	0,75	0,84	0,97	1,03	1,05
Bolivia	8.662	0,25	0,55	0,76	0,90	1,01	1,16	1,24	1,26
Chile	15.776	0,19	0,41	0,56	0,67	0,75	0,86	0,92	0,94
Ecuador	7.341	0,27	0,60	0,82	0,98	1,10	1,26	1,34	1,37
Perú	10.927	0,22	0,49	0,68	0,80	0,90	1,03	1,10	1,13
Uruguay	6.442	0,29	0,64	0,88	1,05	1,17	1,34	1,44	1,47

**REALIZACIÓN DE PRUEBA PILOTO**

En Argentina se realizó una prueba piloto entre el 19 de octubre y el 22 de octubre de 2006. 2 encuestas efectivas de 20 en Ciudad de Buenos Aires; 15 encuestas efectivas de 40 en Conurbano. Los resultados indicaron que el cuestionario no tiene inconvenientes de comprensión ni de extensión. Bolivia realizó una prueba piloto. En Chile no se realizó prueba piloto, considerando que ésta fue la séptima versión del mismo estudio con cuestionario estandarizado. En Ecuador, la prueba piloto se realizó en la ciudad de Quito el día viernes 9 de marzo de 2007. El lugar seleccionado para ello fue el barrio Comité del Pueblo, zona 28, sectores 5, 6 y 7. El cuestionario fue aplicado a 16 hombres, 20 mujeres; 8 personas de 12 a 18, 6 personas de 19 a 24, 14 personas de 25 a 50 y 8 personas de 51 años y más. El tiempo de aplicación del instrumento fluctuó entre 30 y 70 minutos. Además esta prueba permitió afinar el cuestionario. En Perú, la prueba piloto se realizó la última semana del mes de agosto. Se aplicaron un total de 30 encuestas en cinco distritos de Lima, cuatro de ellos de nivel socioeconómico medio y bajo. No se detectaron mayores problemas en la prueba piloto, salvo el uso de términos inapropiados en algunas preguntas, que fueron corregidos oportunamente. En Uruguay se realizó una prueba piloto con 200 casos

aproximadamente. No presentaron dificultades mayores en el cuestionario y se ajustaron simplemente algunos detalles de lenguaje.

**OBJETIVOS DEL ESTUDIO EN CADA PAÍS**

En Argentina el estudio tuvo como objetivo general obtener información confiable y actualizada sobre la magnitud, características y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población urbana de 12 a 65 años, residente en ciudades de 80.000 y más habitantes, según tamaño de localidades urbanas y regiones del país: Metropolitana, NOA, NEA, Pampeana, Cuyo y Patagonia. Los objetivos específicos fueron: Determinar la prevalencia de vida, año y mes del consumo de drogas legales e ilegales en la población urbana de 12 a 65 años; Estimar la incidencia del consumo de drogas legales e ilegales en la población urbana de 12 a 65 años; Determinar la edad de inicio del consumo de drogas legales e ilegales en la población urbana de 12 a 65 años; Estimar la tasa de dependencia del consumo de drogas en la población urbana de 12 a 65 años; Conocer el nivel de exposición, acceso y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en la población urbana de 12 a 65 años; Estimar la demanda y acceso a servicios de orientación, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas existente en la población urbana de 12 a 65 años.

Los objetivos principales del estudio en Bolivia fueron estimar el Consumo de Alcohol y Tabaco, la Incidencia del consumo de alcohol en el comportamiento, el Consumo de drogas legales de uso indebido y sustancias inhalables, el Consumo de drogas ilícitas, Factores de riesgo, Oferta de drogas y facilidad de acceso y Entorno social en las siguientes ciudades: La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, Oruro, Sucre, Potosí, Cobija, Tarija, Trinidad y El Alto.

En Chile los Objetivos Generales del estudio fueron: Describir la magnitud del consumo de drogas lícitas e ilícitas y su distribución geográfica, en la población de 12 a 65 años de edad que reside en zonas urbanas de 30.000 habitantes o más, de 92 comunas, en las trece regiones del país; Describir las tendencias del consumo de drogas en el nivel nacional y regional tomando como base la serie bienal de estudios nacionales de drogas en población general (CONACE, 1994-2006). Los Objetivos Específicos fueron: Determinar las tasas y evolución de prevalencia e incidencia del consumo de drogas según características sociodemográficas principales, sexo, edad y nivel de ingreso económico familiar; Describir las principales características del uso de drogas tales como edad de inicio, policonsumo y frecuencia e intensidad de uso; Determinar las tasas de dependencia declarada en alcohol y drogas; Conocer la magnitud y características del consumo de drogas en poblaciones específicas, tales como población laboral y estudiantes de la educación superior; Describir la relación del consumo de drogas con características del entorno: uso de drogas en el medio social inmediato, interacción con personas que consumen, consumo de drogas en el grupo de pares, percepción de disponibilidad de drogas, opinión y actitud respecto de las drogas; Determinar el nivel de conocimiento y evaluación de programas preventivos por parte de la población general, sus expectativas de solución del problema y su interés en participar en acciones de prevención.

En Ecuador el Objetivo General del estudio fue mejorar el conocimiento sobre las características de los patrones de consumo de drogas en la población nacional urbana, que permitan apoyar

las políticas preventivas y orientar los programas de prevención. Los Objetivos específicos fueron: Medir la prevalencia del consumo de drogas en el país; Identificar variables en la estructura causal del riesgo y variables asociadas al consumo de drogas; Sugerir ciertas dimensiones de intervención para la prevención.

En Perú el Objetivo general del estudio fue estimar los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas y los factores asociados a ellos, en la población urbana de 12 a 65 años residente en ciudades de 20 mil y más habitantes, haciendo uso de parámetros e instrumentos compatibles con las encuestas anteriores y la metodología SIDUC, a efectos de garantizar la comparación con los resultados nacionales y de otros países de la región. Los Objetivos específicos fueron: Determinar la prevalencia de vida año y mes del consumo de drogas legales e ilegales; Estimar la incidencia del consumo de drogas; Determinar la edad de inicio del consumo de drogas legales e ilegales; Estimar la tasa de riesgo de dependencia del consumo de drogas; Establecer las consecuencias del consumo de drogas; Conocer el nivel de exposición, acceso y riesgo del consumo de drogas legales e ilegales; Estimar la demanda y acceso a servicios de orientación y tratamiento; Determinar factores asociados al uso de sustancias a nivel individual, familiar y comunitario; Conocer las tendencias del consumo de drogas en relación a los datos reportados por las Encuestas Nacionales 1998 y 2002.

En Uruguay el objetivo general fue describir la evolución, magnitud y características del consumo de drogas legales e ilegales en el Uruguay, que sirva de información de base para la implementación de intervenciones en los diferentes campos de la realidad del consumo de drogas. Los Objetivos específicos fueron: Determinar la tasa de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días; Determinar la evolución del consumo de sustancias psicoactivas en el período 1994-2006; Determinar la tasa de incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en el último año; Determinar

las tasas de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas según área geográfica, sexo, rango de edad, ocupación y nivel educativo; Describir la dinámica de consumo de las sustancias psicoactivas como ser la prevalencia de dependencia, de abuso, frecuencia, edad de inicio; Creencias y actitudes sobre el consumo de drogas.

### **ESTUDIOS EQUIVALENTES REALIZADOS PREVIAMENTE**

En Argentina se realizaron con anterioridad dos estudios nacionales en población general (1999 y 2004), pero no son comparables al realizado en el 2006. Bolivia presenta cifras sobre prevalencia de drogas a través de 4 estudios hechos por el CELIN en 1996, 1998, 2000 y 2004. Lamentablemente ninguna de las metodologías y universos son similares a los que ensayamos en este estudio, haciendo imposible su comparación. En Chile la serie de estudios en población general se realiza desde 1994, cada dos años, en el mes de octubre/noviembre. Dicha serie comprende los años 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 y 2006. Ésta ha conservado sus características fundamentales, está basada en un cuestionario que se realiza con entrevistas cara-a-cara en hogares, en población de ambos sexos entre 12 y 64 años de edad, en todas las regiones del país. Los formatos de las preguntas que registran declaraciones de consumo de drogas y principales factores de riesgo/protección han sido siempre los mismos. Las muestras no han variado demasiado en tamaño y cobertura comunal, el número de comunas que configuran el universo de estudio ha permanecido estable desde el año 2000 en adelante, con aumentos que se deben solamente a la subdivisión de comunas antiguas. En Ecuador el estudio equivalente es la Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares de 1995. En Perú, en 1998 se realizó la Primera Encuesta Nacional; en 2002 la Segunda Encuesta Nacional y en 2006 la Tercera Encuesta Nacional (con una muestra 143,8% más grande que las anteriores y con un formato distinto en el cuestionario para las preguntas de las prevalencias de vida, año y mes). En Uruguay se han realizado estudios con metodología

equivalente en los años 1994, 1998 y 2001, siendo el de 2006 el Cuarto Estudio Nacional en Hogares.

### **PERÍODO DE LEVANTAMIENTO DE LA ENCUESTA**

En Argentina la encuesta fue aplicada entre octubre y noviembre de 2006. En Bolivia del 12 de Mayo al 18 de Junio de 2007. En Chile la encuesta se aplicó entre el 27 de septiembre y el 5 de Noviembre de 2006. En Ecuador se inició el operativo de campo por parte de la empresa CEPAR en Quito y Guayaquil el 16 de abril de 2007 y finalizó el 23 de mayo de 2007. CEPLAES inició el trabajo de campo a nivel nacional el 17 de abril de 2007 y finalizó el 1 de junio de 2007. En Perú la encuesta se aplicó entre septiembre y diciembre de 2006. En Uruguay la encuesta fue aplicada entre noviembre y diciembre de 2006.

### **MODO DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA**

En Argentina, Bolivia, Ecuador, Perú y Uruguay las entrevistas fueron realizadas cara a cara en el 100% de los casos. En Chile, donde el entrevistado tiene la opción de elegir, el cuestionario se aplicó mediante una entrevista "cara a cara" en el 94% de los casos y mediante la opción autoadministrada en el 6% restante.

### **PERFIL DE LOS ENTREVISTADORES**

En Argentina trabajaron alrededor de 170 encuestadores, todos mayores de 21 años con amplia experiencia en encuesta en hogares. Estudiantes universitarios o terciarios, de las carreras de Terapeuta ocupacional, Trabajo Social, Sociología, Psicología o afines. En Bolivia el trabajo de campo fue realizado por psicólogos. En Chile las personas que aplicaron en terreno la entrevista fueron 445, seleccionados específicamente para este estudio y entrenados por personal técnico tanto de la entidad seleccionada para la realización del estudio como de la Secretaría Ejecutiva de CONACE. Los encuestadores tenían una edad mínima de 21 años y contaban con experiencia

previa en aplicación de encuestas sociales. 50% de los entrevistadores había participado en el Quinto y/o Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General (2002-2004). En Ecuador la edad de los encuestadores estaba entre 22 y 49 años, el porcentaje de encuestadores entre hombres y mujeres fue 50%, el 66,6% de los encuestadores tenían enseñanza superior y el restante enseñanza media. Los encuestadores tenían entre 1 y 15 años de experiencia. El número de entrevistadores utilizados en las ciudades de Quito fue de 15, Guayaquil también 15 y a nivel nacional fueron 12 encuestadores. En Perú, en términos generales, para el equipo de entrevistadores se reclutó a profesionales jóvenes (psicólogos, docentes, sociólogos, economistas, profesionales de la salud, etc.), cuyas edades oscilaban entre 25 y 45 años, con experiencia de trabajo de campo en estudios similares, realizados anteriormente por el Instituto CUANTO y el INEI, entre otras. El personal de campo fue reclutado en cada una de las ciudades que fueron incluidas en la muestra, haciendo un total de 141 entrevistadores (28 en Lima y 113 en otras regiones). En Uruguay trabajaron 60 encuestadores profesionales, especialmente entrenados y sometidos a supervisión directa en distintos niveles. En su mayoría estudiantes de Ciencias Sociales, de entre 20 y 35 años y de ambos sexos.

### **MODALIDAD DE CAPACITACIÓN DE ENTREVISTADORES**

En Argentina los entrevistadores fueron capacitados en cada una de las regiones por el coordinador de campo. La capacitación duró 8 horas y los contenidos fueron: presentación del trabajo, objetivos, pautas éticas y descripción de la organización. Presentación del material de trabajo: cuestionario y manual. Descripción de la guía de selección del hogar y del entrevistado. La capacitación incluyó la técnica de role playing.

Para el trabajo de campo, la empresa encargada de realizar la encuesta, reclutó 269 psicólogos, de los cuales 258 fueron capacitados y 218 participaron en el levantamiento de datos. La capacitación tuvo una duración aproximada de 11 días, con la realización

de 8 seminarios de capacitación, adiestrándolos en los siguientes tópicos: Objetivos del estudio, técnicas de selección de los entrevistados, lectura de planos, denominación de las direcciones, técnicas de aproximación, conceptos básicos y cuestionario propiamente dicho.

En Chile la capacitación consideró un mínimo de 8 horas cronológicas en 8 sedes de diversas ciudades del país e incluyó información acerca de resultados de los estudios anteriores sobre consumo de drogas en población general y su utilidad para la generación de políticas públicas en la materia, los objetivos del estudio, revisión completa del cuestionario, uso de la información disponible de la muestra, selección de domicilios y personas a entrevistar, así como simulaciones de entrevistas. En Ecuador la capacitación a encuestadores se realizó a través de un seminario en donde se expusieron las definiciones principales de las sustancias que se están investigando, los objetivos de la investigación, el manejo del cuestionario y la organización y distribución del trabajo de campo. En Perú la capacitación fue teórica y práctica. El personal fue capacitado durante dos días. El segundo día se realizó una aplicación práctica del cuestionario, en campo. En Uruguay se realizaron dos instancias de capacitación, una para los encuestadores de Montevideo y otra con los encuestadores del Interior. En ambas se estudió el cuestionario pregunta por pregunta y se leyó el manual del encuestador que fue distribuido a cada uno. Los supervisores y los encuestadores asistieron a una explicación detallada del formulario y de la rutina de campo, realizando luego del entrenamiento un formulario de prueba, que se sometió a correcciones para cada encuestador antes de salir a trabajar.

### **PERFIL DE LOS COORDINADORES DE CAMPO**

En Argentina fueron profesionales de las ciencias sociales con experiencia en coordinación de trabajo de campo. En total participaron 15 coordinadores de campo más la coordinación desde la Casa Central. En Chile trabajaron 21 coordinadores de campo



o jefes de terreno, conformados por personal permanente de la entidad seleccionada para este estudio, con experiencia en el levantamiento de encuestas en hogares, una proporción importante con experiencia en el Quinto y Sexto Estudio Nacional (2002-2004) realizado por la misma entidad seleccionada (Adimark GfK). En Ecuador la edad de los coordinadores de campo estaba entre los 42 y 55 años, 4 son hombres y 1 mujer, todos los coordinadores tenían educación de nivel superior y su experiencia oscila entre los 7 y 25 años de experiencia. Se utilizaron 2 coordinadores para Quito, 2 para Guayaquil y 2 a nivel nacional. En Perú hubo 6 coordinadores de campo (profesionales de la salud y de las Ciencias Sociales), con amplia experiencia en la organización y dirección del trabajo de campo en estudios poblacionales. En Uruguay eran Profesionales de las Ciencias Sociales del plantel permanente de la empresa con amplia experiencia. Especializados en áreas sociales. Profesionales jóvenes, mujeres, edad promedio 32 años.

### **PERFIL DE LOS SUPERVISORES DE CAMPO**

En Argentina las supervisoras eran profesionales de las ciencias sociales con experiencia en supervisión de trabajo de campo, mayores de 25 años. Participaron 36 supervisoras. En Chile Los supervisoras tenían una edad mínima de 21 años y contaban con experiencia previa en aplicación y supervisión de encuestas sociales. Se contó con 19 jefes de supervisión en total. En Ecuador la supervisión se la realizó de manera personal y a varios niveles. Cada grupo de trabajo contó con un supervisor que estuvo permanentemente acompañando al equipo en el trabajo de campo, el mismo que revisó las encuestas realizadas. Además de esto, al menos 2 veces por semana, el coordinador de campo se dirige a los lugares donde se está realizando el operativo y revisa un porcentaje de las encuestas realizadas. Una vez que se han entregado las encuestas, un equipo critica la información de todas las encuestas realizadas para luego proceder a su digitación. En Perú hubo 39

supervisoras de campo, entre profesionales de la salud y de las Ciencias Sociales, con un mínimo de 5 años de experiencia en la supervisión del trabajo de campo en estudios poblacionales. En Uruguay se trabajó con Profesionales de las Ciencias Sociales del plantel permanente de la empresa con amplia experiencia. Especializados en áreas sociales. Profesionales jóvenes.

### **MODALIDAD DE SUPERVISIÓN Y PORCENTAJE DE ENCUESTAS SUPERVISADAS**

En Argentina la supervisión del estudio se llevó a cabo bajo dos modalidades: 1) Local, a cargo de supervisoras que remiten inconsistencias a los coordinadores locales y 2) centralizada desde Buenos Aires, sobre un total del 30% de los recorridos y el 25% de las encuestas efectivas. La supervisión fue personal y telefónica. En Bolivia se supervisó el 50% de encuestas realizadas. En Chile se supervisó en terreno sobre encuestas realizadas, verificando la aplicación de la encuesta, la selección aleatoria del encuestado (Tabla Kish), el manejo del cuestionario y de la situación de entrevista, además de la efectiva aplicación de algunas preguntas claves. Se supervisó el 26% de las encuestas efectivas. En Ecuador la supervisión se realiza de manera personal y a varios niveles. A través de todos los niveles de revisión que pasan las encuestas, se alcanza un 100% de encuestas supervisadas por la empresa. En Perú la supervisión es personalizada y la empresa supervisa el 40% de las encuestas realizadas. En Uruguay en primer lugar se realizó un control directo en el hogar de realización de la entrevista, con verificación de día, hora y nombre de la persona entrevistada según la información arrojada por la Hoja de Ruta (carátula), se controló el respeto del muestreo de los encuestadores (esto es, supervisión de “rutinas” de campo, incluyendo las especificaciones seguidas por el encuestador cuando se encuentre ante un no contacto). La supervisión de las entrevistas a partir de la hoja de ruta generada para cada punto muestral, atendió a algunos aspectos claves de un buen relevamiento de información cuantitativa: La realización y el

clima de la entrevista -y, por ende, la confiabilidad de la información recogida-. En segundo lugar se supervisó el contacto personal realizado, en un porcentaje determinado de los puntos muestrales visitados por cada encuestador. En tercer lugar, se supervisó el contenido a través de la reiteración al encuestado de un set de preguntas en algunas de las entrevistas realizadas por los encuestadores en los puntos muestrales supervisados. De constatarse irregularidades, se chequeó el total de la información producida por el encuestador y eventualmente se sustituyeron todas las encuestas de esos encuestados. La empresa supervisó el 20% de las encuestas (10% en campo y 10% telefónica).

### **MODALIDAD DE SUPERVISIÓN POR LA COMISIÓN NACIONAL DE DROGAS**

En Argentina el OAD conformó un equipo de dos supervisores durante tres meses, bajo la dirección del Área de Investigaciones para realizar el proceso de supervisión. Se supervisó el 100% de las capacitaciones brindadas a coordinadores, supervisores y encuestadores, el perfil del personal de campo y los recorridos y levantamiento de 10 zonas del país (3 a 4 recorridos o puntos muestra por lugar). Se supervisó el proceso de edición y carga de base de datos. En Bolivia, las supervisiones fueron realizadas mediante visitas in situ, seleccionando al azar los domicilios y la información obtenida por la empresa encuestadora. El porcentaje de supervisión fue aproximadamente del 1% del total de las encuestas realizadas en diversas ciudades. En Chile en esta oportunidad no se realizó una supervisión adicional en terreno a la realizada por la empresa. Sin embargo, hubo reuniones semanales con la empresa encargada del trabajo de campo y en los procesos de capacitación

hubo participación de los equipos técnicos de la Comisión Nacional de Drogas a nivel regional, quienes estuvieron atentos a tener que asumir funciones de supervisión en caso de haber sido requeridos. En Ecuador la supervisión se realizó de manera personal, visitando a cada grupo de trabajo a nivel nacional, alcanzando una cobertura del 50%. En Perú la supervisión fue personalizada y por vía electrónica al 15% de la muestra. En Uruguay hubo visita semanal a la empresa y supervisión en la edición, y presencial en la supervisión telefónica.

### **MODALIDAD DE CAPACITACIÓN DE SUPERVISORES**

En Argentina los supervisores fueron capacitados a nivel regional conjuntamente con los encuestadores de cada región. En Chile y Ecuador la capacitación de los supervisores fue la misma utilizada para la capacitación de encuestadores. En el caso de Chile la capacitación consideró un mínimo de 8 horas cronológicas e incluyó información acerca de resultados de los estudios anteriores sobre consumo de drogas en población general de Chile y su utilidad para la generación de políticas públicas en la materia (todo ello a cargo de CONACE), los objetivos del estudio, revisión completa del cuestionario, uso de la información disponible de la muestra, selección de domicilios y personas a entrevistar, así como simulaciones de entrevistas (a cargo de CONACE y la entidad seleccionada). Toda esta información se consideró necesaria para poder realizar las supervisiones en terreno. En Perú la supervisión fue realizada directamente por el equipo técnico de DEVIDA. En Uruguay la capacitación para la supervisión estuvo a cargo del Observatorio Uruguayo de Drogas, mediante la modalidad de taller.



## INTERVALOS DE 95% DE CONFIANZA SEGUN TIPO DE DROGAS POR PAIS

En esta sección se presentan tablas para cada una de las drogas, que incluyen las tasas de prevalencias como también los intervalos de confianza del 95%. Para ello se ha utilizado el error estándar asociado a un muestreo aleatorio simple, corregido por el efecto de diseño, tal como se explicase anteriormente. En el caso de las drogas ilícitas, se presentan las tasas de prevalencia de consumo el último año, y para tabaco y alcohol las correspondientes prevalencias de consumo el último mes. Solo se incluyen los resultados para el total de la población de 15 a 64 años.

De los resultados de la tabla 47 se puede desprender que los dos países con mayores niveles de consumo, Argentina y Chile, no muestran diferencias estadísticamente significativas. Pero si las hay entre estos países y los restantes. Por otra parte, Uruguay presenta diferencias significativas con Bolivia, Ecuador y Perú, lo mismo que Bolivia respecto de los países con menores niveles de consumo. Ecuador y Perú presentan cifras prácticamente iguales.

### MARIHUANA

<b>Tabla 47</b> <b>Prevalencias año de consumo de marihuana e intervalos de 95% de confianza por país, población de 15 a 64 años.</b>		
País	Tasa de prevalencia	Intervalo de 95% de confianza
Argentina	7,24	6,69 - 7,79
Bolivia	4,30	3,79 - 4,81
Chile	7,47	6,98 - 7,96
Ecuador	0,70	0,47 - 0,93
Perú	0,71	0,52 - 0,90
Uruguay	5,98	5,29 - 6,67

## COCAÍNA

<b>Tabla 48</b> <b>Prevalencias año de consumo de cocaína e intervalos de 95% de confianza por país, población de 15 a 64 años.</b>		
País	Tasa de prevalencia	Intervalo de 95% de confianza
Argentina	2,67	2,33 – 3,01
Bolivia	0,66	0,46 – 0,86
Chile	1,31	1,10 – 1,52
Ecuador	0,11	0,02 – 0,20
Perú	0,31	0,18 – 0,44
Uruguay	1,68	1,30 – 2,06

En el caso del consumo de cocaína expresado en términos de la prevalencia del último año, se tiene que Argentina presenta un significativo mayor consumo que el resto de los países. Entre Chile y Uruguay no hay diferencias estadísticamente

significativas, aunque consumo mayor que Bolivia, Ecuador y Perú. Por otra parte, Bolivia presenta diferencias significativas con Ecuador y Perú, y entre estos dos países no hay diferencias.

## PASTA BASE

<b>Tabla 49</b> <b>Prevalencias año de consumo de pasta base e intervalos de 95% de confianza por país, población de 15 a 64 años.</b>		
País	Tasa de prevalencia	Intervalo de 95% de confianza
Argentina	0,54	0,39 – 0,69
Bolivia	0,09	0,01 - 0,17
Chile	0,62	0,47 - 0,77
Ecuador	0,14	0,04 - 0,24
Perú	0,43	0,28 - 0,58
Uruguay	0,36	0,18 - 0,54

En cuanto al consumo de pasta base, entre los 4 países con mayores tasas, Argentina, Chile, Perú y Uruguay, no se observan diferencias estadísticamente significativas, pero sí entre ellos con los otros dos países de menores niveles de consumo como son Bolivia y Ecuador. Entre estos dos países no se observan diferencias.

En cuanto al uso reciente de tabaco, Chile presenta niveles significativamente superiores

que el resto de los países. Luego están Argentina y Uruguay con cifras similares y sin diferencias significativas entre ellos, aunque con consumo significativamente superior a los países con menores tasas que ellos. Bolivia presenta niveles de consumo significativamente superiores a Ecuador y Perú, y entre estos dos países las prevalencias son prácticamente las mismas.

## TABACO

<b>Prevalencias mes de consumo de tabaco e intervalos de 95% de confianza por país, población de 15 a 64 años.</b>		
País	Tasa de prevalencia	Intervalo de 95% de confianza
Argentina	33,94	32,94 – 34,94
Bolivia	26,12	25,05 – 27,23
Chile	44,33	43,40 – 45,26
Ecuador	19,02	17,94 – 20,10
Perú	19,13	18,25 – 20,01
Uruguay	34,22	32,83 – 35,61

## ALCOHOL

País	Tasa de prevalencia	Intervalo de 95% de confianza
Argentina	52,45	51,40 – 53,50
Bolivia	43,80	42,55 – 45,05
Chile	60,80	59,89 – 61,71
Ecuador	33,00	31,71 – 34,29
Perú	36,63	35,55 – 37,71
Uruguay	52,91	51,45 – 54,37

En cuanto a alcohol, los resultados son muy similares a los descritos para tabaco. Chile con una mayor tasa que se diferencia del resto de los países, luego Argentina y Uruguay con cifras similares y

superiores al resto de los países, Bolivia con niveles superiores a Ecuador y Perú y finalmente Ecuador con niveles más alto que Perú.

## REFERENCIAS

Argentina. SEDRONAR. Observatorio Argentino de Drogas. *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2006*. Autores. [www.observatorio.gov.ar](http://www.observatorio.gov.ar)

Argentina. SEDRONAR. Observatorio Argentino de Drogas. *Segunda Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, 2005*. Autores. [www.observatorio.gov.ar](http://www.observatorio.gov.ar)

Argentina. SEDRONAR. Observatorio Argentino de Drogas. *Tercera Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, 2007*. Autores. [www.observatorio.gov.ar](http://www.observatorio.gov.ar)

CICAD-MEM. *Argentina: Informe de Evaluación del Programa de Control de Drogas, 2005-2007*

CICAD-MEM. *Bolivia: Informe de Evaluación del Programa de Control de Drogas, 2005-2007*

CICAD-MEM. *Chile: Informe de Evaluación del Programa de Control de Drogas, 2005-2007*

CICAD-MEM. *Ecuador: Informe de Evaluación del Programa de Control de Drogas, 2005-2007*

CICAD-MEM. *Perú: Informe de Evaluación del Programa de Control de Drogas, 2005-2007*

CICAD-MEM. *Uruguay: Informe de Evaluación del Programa de Control de Drogas, 2005-2007*

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2007). *Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006*. Santiago de Chile. Autores. <http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf>

Chile, Ministerio de Salud Pública - Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE. Observatorio Chileno de Drogas, 2006. *"Informe Anual de la Situación de Drogas en Chile"*

Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. *Informe Mundial sobre drogas 2007*

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Autor.

Perú. DEVIDA. *"III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2,006"*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 2006: Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*.

World Bank. 2007. World Development database.



NACIONES UNIDAS  
*Oficina contra la Droga y el Delito*



**SISTEMA SUBREGIONAL DE INFORMACIÓN  
E INVESTIGACIÓN SOBRE DROGAS EN  
ARGENTINA, BOLIVIA, CHILE, ECUADOR,  
PERÚ Y URUGUAY.**