

---

## ¿Guerra Contra Las Drogas o Guerra Contra La Salud? Los Retos para la Salud Pública de la Política de Drogas de Puerto Rico.

SALVADOR SANTIAGO-NEGRÓN, Ph.D, MPH\*; CARMEN E. ALBIZU-GARCÍA, MD†

---

En Puerto Rico, en consonancia con Estados Unidos, se ha adoptado política pública fundamentada en un modelo de justicia criminal para entender y atender el uso problemático de ciertas drogas, limitando las posibilidades de un acercamiento basado en un modelo de salud. Se intenta controlar la demanda por drogas ilegales prohibiendo el uso y aplicando penas carcelarias a quienes las usan, lo que margina a la población usuaria y limita su contacto con los servicios de salud. Se criminaliza la producción y venta y se adoptan medidas represivas, con la intención de disuadir el uso, que han

generado efectos adversos de importante impacto sobre la salud de los usuarios de drogas al igual que de la comunidad no-usuaria. Este trabajo revisa los fundamentos y resultados del modelo prohibicionista que constituyen un desafío para la salud pública en Puerto Rico. Presenta principios que deben sostener una política pública pragmática para atender el uso problemático de drogas desde una perspectiva social y de salud.

*Palabras clave: Política de drogas, Minimización de daño, Adicción a drogas, Prevención de drogas, Educación de drogas*

---

**E**n Puerto Rico se ha iniciado un debate sobre cuál perspectiva debe dominar la política de drogas en el país. A pesar de los recursos cada vez mayores adjudicados a estrategias punitivas para controlar el trasiego y uso de drogas ilegales, las encuestas del diario *El Nuevo Día* para los años comprendidos en el período de 1996 a 2001 demuestran que la seguridad y las drogas persisten entre los problemas que más preocupan a la comunidad puertorriqueña. Ante la percepción de los votantes, los políticos tienden a responder adoptando mayores medidas represivas para aparentar ser fuertes contra las drogas y el crimen en lugar de buscar otros acercamientos con mayores probabilidades de ser exitosos. Como consecuencia, la drogodependencia se torna en una condición de salud criminalizada que margina al usuario y para la que se dificulta intervenir con estrategias de salud pública que permitan preservar la salud de la población general y específicamente la de personas con problemas de dependencia a drogas.

Los sectores de salud necesitan posicionarse en este

debate. Este ensayo pretende contribuir a una reflexión crítica sobre el paradigma prohibicionista punitivo sobre el cual se sostiene la política de drogas de Estados Unidos (EEUU) y Puerto Rico (PR), examinando sus supuestos, sus estrategias, sus resultados y algunas de las consecuencias no-intencionadas que se tornan en desafíos para mantener la salud de la comunidad puertorriqueña. Se presentará la alternativa del modelo de minimización de daños asociados al uso de drogas que se fundamenta en principios de salud pública.

### Las Premisas de la Prohibición y la Guerra contra las Drogas

Bajo el prohibicionismo, a pesar de la ausencia de evidencia científica que así lo sustente (1-2), ha prevalecido la visión del uso de ciertas drogas psicoactivas como fundamentalmente producto de debilidades morales o de deficiencias psicológicas del individuo y los problemas asociados a su uso como producto inevitable de la acción farmacológica de la propia droga. Se le atribuye maldad a la droga y a quienes la utilizan y se concibe la conducta como un "vicio" al que no se le concede valor instrumental alguno. Se confunden los efectos primarios de las drogas, es decir, aquellos que son posibles dada su actividad biológica, con los efectos secundarios que surgen del contexto en el cual éstas se usan (Ej., la criminalidad, VIH,

---

\* Salvador Santiago Negrón, Ph.D, MPH, Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico, [ssantiago@albizu.edu](mailto:ssantiago@albizu.edu) y †Carmen E. Albizu-García, MD, del Programa de Evaluación e Investigación Evaluativa de Sistemas de Salud, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico [calbizu@rcm.upr.edu](mailto:calbizu@rcm.upr.edu)

Dirigir correspondencia a: Dr. Salvador Santiago Negrón, Universidad Carlos Albizu, PO Box 9023711, San Juan, Puerto Rico 00902-3711

deterioro en estado de salud) (3). Al no diferenciar uso de abuso y dependencia, el modelo prohibicionista propone que ningún uso de drogas es tolerable y se aspira a una sociedad “libre de drogas”(4). Bajo estas premisas, se adopta el prohibicionismo punitivo como herramienta de control. Se asume que el uso de ciertas drogas debe tratarse como un problema de justicia criminal, siendo la cárcel la opción preponderante que el estado ofrece para intentar controlar tanto la demanda como la oferta de drogas ilegales. Se parte de la premisa de que enfatizar en el control de la oferta de las drogas ilegales mediante medidas de interdicción provocará una merma en su producción, un aumento en su precio y, por consecuencia, la demanda por drogas ilegales se reducirá (5).

Desde los inicios del siglo veinte EE.UU. A. ha ejercido el protagonismo en impulsar políticas prohibicionistas punitivas para atender los problemas asociados al uso de drogas a nivel nacional e internacional. Desde el primer tratado internacional limitando la producción y distribución de opiáceos firmado en la Haya en 1912, ha sido este el país que ha liderado los acuerdos para prohibir y castigar la producción, venta y el uso recreativo de sustancias psicoactivas (6). En 1919, EE.UU.A. aprobó el Acta Volstead que enmendó su Constitución para prohibir la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas. La prohibición del alcohol se derogó trece años más tarde en medio de la Gran Depresión. La prohibición no logró contener el uso de alcohol entre la ciudadanía y los arbitrios provenientes de la venta legal del alcohol se apreciaron como una importante fuente de ingresos en un momento de estrechez fiscal (7,8). Casi un siglo más tarde, EE.UU.A. continúa protagonizando y promoviendo, sin embargo, una política prohibicionista para algunas drogas que abarca el globo y en la que se invierten anualmente miles de millones de dólares (9).

La política de drogas de EE.UU.A. experimentó una intensificación en las actividades de control de oferta (intervenciones para frenar el cultivo, producción y venta de drogas ilegales) y demanda (aumento en las penas carcelarias para el usuario) que culminaron bajo la administración de Richard Nixon en el acuñamiento del concepto de Guerra contra las Drogas. La metáfora de la guerra comunicaba la intención del estado de atacar con fuerza y determinación el uso de drogas ilegales para erradicarlo totalmente de la sociedad. Bajo esa administración, el Congreso de EE.UU.A. aprobó en 1970 el Acta de Prevención y Control del Abuso de Drogas, que intensificó tanto las penas por violaciones a la ley de drogas como la reglamentación de la industria farmacéutica. Se adoptó un sistema de clasificar y reglamentar los narcóticos y otras drogas consideradas peligrosas que persiste en la actualidad, fundamentado

en actitudes y creencias y “algún conocimiento científico” (10). La Ley adjudica la potestad para alterar la clasificación de drogas al Procurador General de Justicia en vez de al Cirujano General de la nación (10). Las administraciones de los Presidentes Reagan, Bush y Clinton escalaron la Guerra contra las Drogas. El expendio anual de sólo las agencias federales de EE.UU.A. en mantener su política de control de drogas ha crecido consistentemente desde la administración de Richard Nixon, cuyo presupuesto anual era de alrededor de 156 millones de dólares, hasta alcanzar casi mil veces esa cantidad en el 2002 con una asignación presupuestaria de 18 millardos de dólares (9).

La prohibición de algunas drogas y la legalidad de otras no responden al conocimiento sobre los determinantes de los daños asociados con su uso (11). El pensamiento circular que predomina es que si una droga es ilegal, tiene que ser peligrosa (3). Al presente, el alcohol, droga que estuvo demonizada durante su prohibición, se mercadea libremente y la industria publicitaria exhorta a su consumo utilizando mensajes que evocan síntomas de su abuso y dependencia (12). Sin embargo, el alcohol es la droga de uso recreativo que está más asociada con violencia y agresión (13). El tabaco, droga legal cuyo ingrediente activo, nicotina, puede crear dependencia (14), se asocia en EEUU con 440,000 muertes anuales y alrededor de 157 billones de dólares anuales en pérdidas económicas relacionadas con la salud (15). Por el contrario, la marihuana, a la que se le adjudica potenciales efectos salutorios y mínimos efectos adversos (16), permanece clasificada como una droga sin uso médico aceptable y su uso conlleva penas carcelarias en PR y 37 estados de la Unión Norte Americana. La 3, 4 metilendioximetanfetamina (MDMA), popularmente conocida por *ecstasy*, fue designada en 1984 por el director de la *Drug Enforcement Agency* (DEA) como una droga peligrosa sin potencial uso médico pese a que, convencido por la opinión de médicos expertos, el juez administrativo de la propia agencia dictaminó lo contrario (15).

La premisa de que todo uso de drogas ilegales resulta en conducta patológica, desviada o peligrosa fundamenta los programas de prevención de drogas implantados en las escuelas con fondos gubernamentales. A pesar de la evidencia que indica lo contrario (18), se insiste en perpetuar el mito de que el uso de marihuana conduce inevitablemente al uso de cocaína o heroína. Estas creencias sostienen la cero tolerancia, con su insistencia en la abstinencia absoluta. Se opta por utilizar la desinformación y la exageración para sustentar programas de prevención que son poco creíbles por los jóvenes a los que van dirigidos, dado que sus experiencias no concuerdan con los mensajes que les llevan los adultos (19-20).

La efectividad de la mayoría de los programas de prevención para reducir el uso de drogas endosados por las agencias gubernamentales no ha sido evaluada adecuadamente. Una revisión de 49 programas promovidos como efectivos por el Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias (conocido como CSAP por sus siglas en inglés), revela que sólo 10 de ellos fueron evaluados con metodología rigurosa y el puñado que muestra algún efecto en reducir o retrasar el uso de drogas tiende a ser muy costosos (21). El programa de prevención de más amplia diseminación y apoyo a través de las escuelas en EE.UU. y PR, el “*Drug Abuse Resistance Education (DARE)*”, se ha sometido a múltiples evaluaciones. Consistentemente, los resultados demuestran la ausencia de efectividad del programa tanto a corto como a largo plazo (22-24). Estos resultados no han impedido que se persista en continuar con su uso.

Además de los programas basados en las escuelas, se han utilizado campañas de difusión masiva para disuadir el uso de drogas cuyos efectos hasta recientemente no habían sido evaluados. Fishbein y colaboradores (25) demostraron, utilizando un diseño evaluativo con grupo de control, que de 30 anuncios diseñados por *Partnership for a Drug Free America* (en PR la organización homóloga es la Alianza para un Puerto Rico sin Drogas), la mitad no tuvo efecto en cambiar actitudes hacia las drogas en una muestra de jóvenes escolares de EE.UU.A. o tuvieron el efecto contrario. Los autores resaltan la necesidad de evaluar estos anuncios antes de diseminarlos mediante campañas en los medios de comunicación masiva.

### **Los indicadores de resultados de la Guerra contra las Drogas**

Las tendencias históricas que han mostrado los indicadores de éxito adoptados por el estado para monitorear la “Guerra contra las Drogas” nos demuestra que la “guerra” se perdió, pues no se ha reducido ni la producción mundial ni el precio de cocaína y heroína. Según datos de la Oficina del Control de Drogas de los Estados Unidos incluidos en su informe sobre Estrategia Nacional para el año 2002 (9), tanto el precio del gramo puro de cocaína como el precio del gramo puro de heroína han bajado significativamente. El precio de la cocaína bajó de \$201.00 en 1981 a \$51.00 por gramo puro para el año 2000, mientras el de la heroína bajó de \$1, 207.00 a \$269.00 por gramo puro en el mismo intervalo de tiempo. La pureza de ambas drogas aumentó significativamente desde 1981 hasta el año 2000 (de 44% a 58% para la cocaína y de 19% a 47% para la heroína). La disponibilidad de la heroína y la cocaína ha ido en aumento progresivo desde el 1987 al 1999. La producción mundial de cocaína aumentó de 355

toneladas métricas a 765, mientras la de Heroína aumentó de 262 a 578 toneladas métricas (26). En 1996 se confiscaron 14, 500 kilogramos de cocaína en PR, cantidad que representa alrededor de un mero 12 por ciento del total que entró a la Isla procedente de Colombia. En resumen, a pesar de los astronómicos presupuestos invertidos en la interdicción de estas sustancias, tanto la disponibilidad como la pureza de la heroína y la cocaína muestran una tendencia alcista y sus precios van en descenso. La premisa básica del modelo prohibicionista de que a mayor represión mayor el precio y menor la disponibilidad de las drogas ilegales no es sostenida por los datos presentados.

No se ha reducido el uso de drogas ilegales en EE.UU.A. y PR. Los datos provenientes de la encuesta auspiciada por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas llevada a cabo periódicamente con una muestra nacional de adolescentes en EE.UU.A. revelan que el uso de marihuana ha aumentado entre los escolares de décimo y duodécimo grado (27). No obstante las medidas prohibicionistas adoptadas por EE.UU.A., la prevalencia de uso de marihuana para 1999 es casi el doble de la reportada en ese mismo año para el agregado de todos los países Europeos (26). Los datos de PR muestran un aumento estadísticamente significativo entre 1991 y 1998 en la proporción de todos los estudiantes que reportan haber utilizado marihuana alguna vez (de 10.5 a 15.1 por ciento) (28).

La política de drogas de “cero tolerancia” se limita a monitorear sus resultados utilizando los indicadores de precio de la droga en la calle, las cantidades de drogas incautadas y datos sobre prevalencia de cualquier uso, sin hacer distinción entre uso y uso problemático (11). Si la producción a nivel mundial de drogas ilegales no ha disminuido, el precio no ha ido en aumento y la demanda no se ha reducido, se puede concluir que basado en sus propios supuestos el prohibicionismo punitivo no ha sido exitoso. A pesar de la ausencia de logros, la Oficina del Control de Drogas en EE.UU.A. ha persistido en mantener el acercamiento prohibicionista punitivo. Dado que EE.UU.A. había acogido bajo el “*Anti-Drug Abuse Act*”, aprobado por el Congreso en 1988, la meta de crear una sociedad libre de drogas, esta dependencia optó por reformular la lucha contra las drogas para ajustarla a los hallazgos que revelaban el fracaso de la estrategia guerrera (29). Ante la indeseabilidad de prolongar una guerra que aparenta no poder ganarse, se comienza en 1997 a plantear que el problema de las drogas es como el cáncer: “su erradicación será posible a largo plazo... y la vía a la recuperación es ardua y compleja” (nuestra traducción) (29). Aunque cambia la metáfora, se preserva el modelo prohibicionista punitivo adjudicando la inmensa mayoría

de los recursos a actividades de control de oferta y sólo un 16 por ciento del presupuesto federal para actividades de prevención y tratamiento (29). Se intenta mejorar la efectividad de la estrategia nacional aumentando las penas que se aplican al delito de usar drogas o adoptando legislación que incrementa el alcance de conductas que se criminalizan para erradicar el "cáncer" de la sociedad.

Estas acciones han llevado a una intensificación del prohibicionismo punitivo que a su vez provee mayores oportunidades para generar consecuencias no intencionadas con efectos que ponen en riesgo el bienestar de la comunidad y quebrantan sus derechos constitucionales (30). El espectro de violaciones de derechos civiles generados por la prohibición es amplio. La estigmatización del adicto facilita el que algunos modelos de rehabilitación violen impunemente el derecho a la intimidad del drogodependiente, garantizado en la Constitución de PR (31), al exigirles que hagan público su uso problemático de drogas ilegales vistiendo indumentaria que les identifican como participantes de programas de tratamiento mientras circulan por la comunidad. La drogodependencia es la única enfermedad en PR para la cual esta crasa violación a la dignidad del ser humano se tolera. Las estrategias de la prohibición punitiva han incluido allanamientos y registros ilegales que atentan contra la cuarta enmienda de la Constitución de EEUU que salvaguarda al ciudadano del ejercicio de excesos de poder por parte de los oficiales públicos (30). La erosión de derechos civiles y otros problemas generados por el prohibicionismo punitivo han motivado a el Honorable Juan Torruella, Juez del Tribunal Federal de Apelaciones para el Primer Circuito en Boston, a expresarse públicamente en contra de la prohibición y a hacer un llamado para que se atienda el problema de las drogas como uno social y de salud (31).

La Guerra contra las Drogas ha concebido innumerables medidas legislativas punitivas a nivel federal y estatal cuya discusión está fuera del alcance de este trabajo. Con el propósito de ilustrar la intensificación de la prohibición punitiva, haremos sólo mención de algunas de las legislaciones que impactan negativamente en PR o a las minorías étnicas y raciales en EEUU.

En vista de que adjudicar penas carcelarias por posesión o uso de las drogas ilegales no era suficiente para disuadir el consumo, en 1997 el Senado de Puerto Rico enmendó, a través de la Ley 110, la Ley de Sustancias Controladas (Ley PR 4) para criminalizar las jeringuillas y toda la posible parafernalia utilizada en el uso y la venta de drogas ilegales (33). Hasta ese momento, las jeringuillas se podían comprar sin prescripción médica en las farmacias, proveyendo una vía para el acceso a jeringuillas limpias a los usuarios de drogas inyectadas (UDI). El acceso a

jeringuillas limpias ha sido uno de los factores más importantes asociados con el control del vector del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre la población de UDI y la reducción tanto de la incidencia como de la prevalencia de VIH en los UDI y la población no-usuaria (35). El Reino Unido, entendiendo que la población de UDI representa el puente de transmisión de la infección a la población no usuaria de drogas, elaboró política pública desde 1989 para prevenir una epidemia de VIH/SIDA entre los UDI. Entre otras medidas, se ampliaron los servicios de tratamiento para los adictos, se aumentó la disponibilidad de tratamiento de sustitución con metadona y se aumentó la disponibilidad de agujas limpias para los inyectores. Las medidas adoptadas mantuvieron la prevalencia de VIH entre UDI en menos de dos por ciento y evitó el que la nación confrontara una costosa epidemia de VIH/SIDA (36). Puerto Rico, por el contrario, considerado ya en 1997 un epicentro de la epidemia de VIH/SIDA y con los datos que demostraban la importancia del contagio a través de agujas contaminadas en alimentar la epidemia (37), criminalizó el uso no-médico de las jeringuillas y de la parafernalia de inyección, reduciendo las oportunidades para minimizar la transmisión del VIH entre los UDI a través de vías amplias de acceso a jeringuillas limpias. A esta medida, presentada por el entonces Senador Jorge Santini en el Comité de lo Jurídico del Senado de PR, se opusieron organizaciones de base comunitaria (Iniciativa Comunitaria, Comisión para el Estudio de la Criminalidad y las Adicciones), miembros de la facultad de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico y el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de PR. Esta última entidad solicitó que se excluyera de la ley a los participantes en programas de intercambio de jeringuillas. Contrario a la experiencia del Reino Unido, la prevalencia de VIH entre los UDI en PR se ha estimado en 44.5 (38) entre usuarios de drogas de ambos sexos y 37.5 por ciento entre mujeres inyectoras pobres reclutadas en puntos de venta de drogas en el área metropolitana de San Juan, PR (39). Los datos del programa de vigilancia de SIDA de PR sugieren que la epidemia en la Isla no está disminuyendo (37).

**Denegación de asistencia pública a personas convictas por uso o venta de drogas ilegales.** La Ley 104-193, aprobada por el Congreso de EE.UU.A. en 1996 para reformar el sistema de beneficencia pública, contiene en la sección 115 una disposición para negarle por vida cupones de alimento o asistencia económica a personas convictas por posesión o venta de drogas, incluyendo las personas que han desarrollado drogodependencia. Aunque no contamos con datos para proyectar el impacto de esa medida en Puerto Rico, se estima que 92,000 mujeres y 135,000 niños en EE.UU.A., en su mayoría afro-americanos

e hispanos, se verán afectados (40). El efecto adverso será mucho mayor para mujeres de escasos recursos económicos que se reintegran a la libre comunidad luego de cumplir condenas carcelarias por uso de drogas ilegales. Habiendo ya pagado a la sociedad por el delito de usar drogas, se les expone al castigo adicional de no facilitar con apoyo público su entrada al competitivo mundo laboral de la libre comunidad. Esta política pública incrementa los riesgos de que estas mujeres recaigan en la adicción o en conducta delictiva, arriesga la salud de sus hijos, acrecienta la pobreza y reduce las probabilidades de su reintegración social.

**Restringir la ayuda económica federal para estudios universitarios.** La sección 484, sub-sección 'r', fue añadida en 1998 al Acta de Educación Superior de EE.UU.A., para retrasar o denegar ayuda económica (préstamos, becas o programas de estudio y trabajo) para cursar estudios universitarios a estudiantes que han sido convictos por una ofensa a la Ley de Substancias Controladas (41). Esta restricción aplica a todas las ofensas, incluyendo la posesión de marihuana o parafernalia. No existen en la ley sanciones análogas que apliquen a universitarios que hayan sido convictos por homicidios, asesinatos, asaltos a mano armada o violación. La enmienda afecta primordialmente a estudiantes de bajo ingreso quienes requieren ayuda económica para obtener un grado. El impacto adverso de esta medida en impedir la culminación de estudios universitarios podría ser mayor para la juventud puertorriqueña que cursa estudios post-secundarios. El Consejo de Educación Superior de PR informó en 1997 que 85 por ciento de todos los estudiantes en programas de educación superior en la Isla recibían ayuda federal a través de la Beca Pell (42).

**Las consecuencias no-intencionadas de la Guerra contra las Drogas.** El prohibicionismo punitivo genera unos costos colaterales a la sociedad que a la larga resultan en mayores daños. Producto del aumento en conductas criminalizadas, de la intensificación de las penas carcelarias y la introducción de sentencias mínimas mandatorias para ofensas de drogas, tanto PR como EE.UU.A. han experimentado un crecimiento de la población confinada en instituciones penales que sobrepasa por mucho el de otras naciones desarrolladas. Entre 1980 y 1997 el número de personas confinadas por ofensas de drogas en EE.UU.A. aumentó 1,040 por ciento, comparado a un aumento de 82 por ciento por ofensas violentas y 207 por ciento por ofensas no-violentas (43). Una comparación de las tasas de confinamiento por cada cien mil habitantes de varias naciones democráticas para el año 2000 ubica a EE.UU.A. como líder con 699 confinados por cien mil habitantes, seguidos por Rusia con 644. La tasa reportada para EE.UU.A. es casi siete veces mayor que las de Canadá,

Australia, Francia, Italia, Holanda y aproximadamente catorce veces mayor a la de Japón (44). En EE.UU.A. los afro-americanos y latinos están sobre representados en la población penal pese a que la prevalencia de uso de drogas ilegales en estos grupos no es mayor a la reportada para los blancos no-hispanos. En 1996 se estimó que uno de cada 21 varones afro-americanos residía tras las rejas comparado con uno de cada 210 varones blancos (43).

Entre 1980 y 1998 la tasa de confinamiento en Puerto Rico aumentó de 129.6 a 413.7 por cien mil habitantes. Según datos de la Administración de Correcciones citados por la Dra. Dora Nevares, en 1999 la población confinada en PR estaba compuesta primordialmente por varones menores de 29 años (60%), con nueve o menos años de escolaridad (56%), desempleados al momento del arresto (81%) y usuarios de drogas sentenciados por delitos contra la propiedad, la vida o la ley de substancias controladas (62%) (45).

La organización internacional "Human Rights Watch" ha denunciado la práctica de depender en penas carcelarias para castigar al usuario de drogas ilegales. El confinamiento debe ser el último recurso disponible a las sociedades para protegerse de individuos peligrosos. Esta entidad considera una violación a los derechos humanos que EE.UU.A. envíe a prisión más ofensores de drogas no-violentos que a personas que han cometido un crimen asociado con violencia (46). Las disparidades raciales y de clase social observadas en la población confinada de EE.UU.A. y PR indican que el prohibicionismo punitivo ataca principalmente a las minorías raciales y étnicas y a los pobres. Las actividades policíacas se han concentrado en participantes de transacciones al detal residiendo en vecindarios pobres que representan sectores vulnerables de la sociedad para quienes el proyecto social ha fracasado. Este es el mismo sector de la sociedad que no cuenta con recursos para financiar adecuada representación legal en los tribunales ni suficiente información sobre el trasiego para negociar inmunidad o reducción de penas a cambio de información sobre otros componentes y participantes de la industria ilegal de drogas. El confinamiento excesivo de estos grupos, a pesar de que su consumo de drogas no es mayor al de la población general, erosiona la cohesión familiar y social y mina además el capital humano de las comunidades que ya están en desventaja al reducir la movilidad social y económica de sus integrantes (47). Además, el confinamiento carcelario no elimina el uso de drogas ilegales. La persona con drogodependencia, para quien el uso de la droga es compulsivo, puede obtener acceso a drogas ilegales dentro de la prisión. Las condiciones bajo las que se usa la droga dentro de las instituciones penales son probablemente responsables por el hallazgo de que haber cumplido cárcel en PR se

asocia significativamente con riesgo de estar infectado con el VIH (48).

Otra de las consecuencias no anticipadas de la guerra contra las drogas ha sido el incremento en cantidad y severidad de la corrupción dentro de la policía. Un informe preparado por el "General Accounting Office" del congreso de EE.UU.A. reporta un aumento en la corrupción policíaca en departamentos radicados en las grandes ciudades de EE.UU.A. en las que transcurre un alto consumo y trasiego de drogas ilegales (49). Las conductas delictivas encontradas incluyen ignorar la actividad criminal, proteger a los criminales, robar drogas y/o dinero de los vendedores de drogas ilegales, venta de drogas y proveer falsos testimonios sobre allanamientos ilegales. El informe revela que la proporción de investigaciones relacionadas a drogas ilegales de entre todas las investigaciones sobre corrupción en la policía iniciadas por el Buró Federal de Investigaciones, aumentó de 33 por ciento en 1993 a 48 por ciento en 1997. La creciente dependencia en agentes encubiertos para hacer cumplir las leyes de drogas ha contribuido grandemente a la corrupción dentro de la policía. Los policías asignados a trabajo encubierto reciben menos supervisión y están en mejor posición para perseguir sus propias agendas (50). La corrupción en las agencias de ley y orden socava su función social, desmoraliza a los policías que no incurrir en actos de corrupción y deslegitima al estado ante los integrantes de la sociedad. Dado los recursos finitos con los que cuenta el estado, la asignación preponderante de recursos a la persecución primordialmente de consumidores y vendedores de drogas al detal reduce la proporción de la fuerza que está disponible para hacer cumplir otras leyes que salvaguardan el bienestar social.

La corrupción generada por el trasiego de drogas ilegales se extiende a todos los sectores de la sociedad. La inmensa rentabilidad del negocio alimenta la corrupción y coloca un enorme poder económico en manos de elementos criminales. Se calcula que las drogas ilegales constituyen el ocho por ciento del comercio mundial, comparable casi con la industria internacional de tabaco. Dependiendo de la droga y del nivel del comercio en el que se participa, el rédito de la inversión puede fluctuar entre 800 y 1,800 por ciento (51). El enorme lucro que rinde el trasiego de drogas ilegales en los países consumidores, dada la inflación en su precio que genera la propia condición de ilegalidad, se ha asociado con el incremento en el uso de armas de fuego como herramienta para proteger la inversión (52). Puerto Rico ha experimentado un aumento en su tasa general de muertes por homicidio que se ha vinculado con la creciente importancia de la Isla en el trasbordo de droga procedente de Colombia hacia EE.UU.A. En la medida en que los productores colombianos han utilizado droga como parte

del pago por servicios de transporte a intermediarios en PR, se acrecentaron los competidores por el control del mercado de drogas ilegales dentro de la Isla, lo que ha ocasionado a su vez un aumento significativo en la violencia (53). En 1970 se reportaron 8.7 homicidios por cien mil habitantes, para 1992 la tasa se había casi triplicado alcanzando 23.8 por cien mil y en el 2001 la tasa ascendió a casi 27 homicidios por cien mil habitantes, la mayoría ocurriendo entre varones jóvenes (54). El 80 por ciento de los homicidios en PR se atribuyen a disputas dentro del mercado de drogas ilegales (53).

La industria de tratamiento para la drogodependencia ha sido enormemente influenciada por los supuestos del prohibicionismo punitivo. Si la sociedad, de la cual el sector de tratamiento no está excluido, entiende el problema de las drogas como primordialmente de índole moral, dentro del sector de tratamiento ha persistido la percepción de que las personas con drogodependencia carecen de voluntad y determinación y son poseedores de personalidades defectuosas (55). La estigmatización del usuario de drogas y por ende, del drogodependiente, contribuye a deteriorar el auto estima del adicto y a disuadirle de utilizar servicios de salud. El prohibicionismo punitivo justifica bajo estas premisas utilizar la coerción para ingresar al adicto a los escasos servicios de tratamiento disponibles. La persistencia en adjudicar menos recursos públicos al sector de tratamiento tanto en EE.UU.A. como en PR (9, 56) ha contribuido a que los servicios de tratamiento para la dependencia a drogas sean muy insuficientes para la demanda (57). Sin embargo, datos provistos por un estudio de la corporación RAND, comisionado por el Departamento de Defensa de EE.UU.A., indican que por cada dólar invertido en tratamiento la sociedad se ahorra 7.48 dólares en costos sociales. El ahorro rendido por cada dólar invertido en interdicción es de sólo 51 centavos de dólar (58). En un estudio llevado a cabo por las autoridades de salud del estado de California se encontró que la mejor relación de costos-beneficios la rinde la inversión en tratamiento, particularmente la terapia de sustitución y mantenimiento con metadona (59). Los hallazgos de otro estudio indican que no tratar a un adicto resulta en mayor costo social que ofrecerle tratamiento (60).

Aunque existe un espectro de modalidades de intervención dentro de la industria de tratamiento, predominan los programas ambulatorios orientados a la abstinencia cuya efectividad no ha sido adecuadamente evaluada, o las comunidades terapéuticas basadas en "re-socializar" al drogodependiente, con duración de hasta 24 meses, cuya retención se estima en menos de 20 por ciento. Esta última es la modalidad más costosa de

tratamiento (61). La prohibición punitiva, con su énfasis en la abstinencia y la demonización de todo uso de drogas irrespectivo de las consecuencias, ha generado una fuerte oposición ideológica en contra de los tratamientos de mantenimiento y sustitución con drogas agonistas, como la metadona, que ha contribuido a la falta de apoyo e incumplimiento con estándares clínicos para estos programas en EE.UU.A. y PR (62). Sin embargo, a un costo mucho menor que el de las comunidades terapéuticas, los programas de mantenimiento con metadona bien implantados obtienen mayor retención en tratamiento y mejoran la funcionalidad del drogodependiente (61,63).

La prohibición punitiva obvia el conocimiento científico que sostiene el que las adicciones son condiciones crónicas caracterizadas por remisiones y recaídas y que, al igual que para otras enfermedades crónicas, la intención de cambiar conductas complejas de salud está mediado por aspectos motivacionales y procesos que facilitan o impiden tomar acción (64-65). La función del sector de servicios de salud debe orientarse a determinar el estado motivacional en que se encuentra el drogodependiente y facilitar, mediante estrategias fundamentadas en teoría y validadas empíricamente, cambios en su patrón de uso que reduzcan los daños sociales y de salud asociados a la dependencia y faciliten su reintegración social. Sin embargo, basado en las premisas que atribuyen al adicto debilidad de carácter, se adjudican fondos públicos para modalidades de “tratamiento” mandatorio como los “boot camps”, que adolecen de fundamento teórico y no incorporan los estándares de tratamiento endosados por el Departamento de Salud de EE.UU.A. (66-67).

**Alternativas al prohibicionismo punitivo.** Un acercamiento al problema de las drogas ilegales basado en intervenciones de salud pública se justifica si se concibe que el uso de cualquier droga, sea ésta legal o ilegal o de uso recreativo o médico, tiene el potencial de generar efectos adversos al individuo y a la sociedad que pueden constituirse en amenazas a la salud pública. Esto se contrapone a la visión que asume el prohibicionismo punitivo de que todo uso de drogas ilegales inevitablemente resulta en problemas (68-69). Bajo un modelo de salud pública se parte de la premisa de que siempre habrá quien opte por experimentar o usar drogas, irrespectivo de su estado de legalidad. Por tanto, las estrategias de intervención deben ir dirigidas a reducir el uso problemático y los riesgos individuales y sociales que puede encarar un usuario de drogas potencialmente peligrosas y a no generar consecuencias que hagan más daño del que pueda asociarse con el uso mismo de la droga. En PR ya se han adoptado medidas exitosas para reducir el daño potencial asociado al uso de ciertas drogas legales. Restringir las áreas públicas en las que se puede

fumar cigarrillos, el uso del parcho de nicotina, las campañas dirigidas a reducir el que personas ebrias conduzcan un vehículo motorizado, representan medidas orientadas a limitar los daños que pueden generar el uso problemático de las drogas recreativas legales sobre el usuario y su comunidad.

El énfasis en la prevención debe radicar en educar sobre los potenciales efectos adversos que puede generar cualquier droga, incentivar el no uso de sustancias con alto potencial de generar daño y enfatizar en medidas que reduzcan los riesgos potenciales asociados al uso de drogas en aquellos individuos que optan siempre por utilizarlas. La prohibición punitiva nos impide a los profesionales de la salud educar sobre formas menos riesgosas de utilizar drogas. La educación debe ser honesta y sostenida por los datos que ha producido la ciencia, sin recurrir a exageraciones sobre los potenciales efectos adversos de las drogas o deformaciones de los resultados de estudios para insistir en su peligrosidad. La ley que criminaliza el uso personal de drogas debe derogarse. La evidencia citada sobre los efectos de casi un siglo de prohibición punitiva nos indica que criminalizar ha generado mucho más daño a los usuarios de drogas y a la sociedad que el que puede ocasionar el uso moderado y controlado de las drogas ahora prohibidas.

Estudios epidemiológicos nos indican que no todo el que utiliza una droga con potencial de abuso y dependencia se torna en adicto (70-71). Las propuestas de un modelo de salud pública deben ajustarse a los datos epidemiológicos. No todo el que usa una droga recreativa tiene que ser forzado a tratamiento. Los servicios de tratamiento deben estar accesibles para las personas cuyo uso de drogas les genera problemas personales, de salud y/o sociales. Debemos contar con un espectro de servicios a lo largo de un continuo que se fundamenten en el principio de minimización de daños. Esto supone que aunque la abstinencia es deseable, no todo drogodependiente está listo ni puede abstenerse cuando entra en contacto con el sector de servicios. Los servicios deben proveer para atender las necesidades más apremiantes del drogodependiente que puedan significar poner en riesgo su seguridad, su salud y la de otros miembros de su comunidad en lo que éste logra optar por la abstinencia (69). Estos servicios de umbral bajo, como los programas de intercambio de jeringuillas, mitigan los efectos secundarios (el contagio con el VIH, Hepatitis B y C y otros patógenos transmitidos por sangre contaminada), que se asocian con el uso de drogas inyectadas bajo condiciones de marginación social e insalubridad. A su vez, aumentan las interacciones de los drogodependientes con el sector formal de servicios de salud (72). Este contacto temprano facilita el que los

programas de umbral bajo puedan referir al drogodependiente a tratamientos para la drogodependencia en el momento en que él/ella decide que está listo para intentar discontinuar el uso.

Si bien la abstinencia es una meta del tratamiento, no puede ser la única, como propone el prohibicionismo punitivo. Basado en el conocimiento adquirido sobre la historia natural de la drogodependencia, las intervenciones de salud tienen que ir dirigidas a alcanzar otras metas intermedias como reducción en consumo, reducción en patrones peligrosos de consumo, reducción en actividad criminal, mejorar estado general de salud física y mental, restablecer el funcionamiento familiar, obtener vivienda y empleo, reducir exposición fetal a drogas y educar sobre los riesgos asociados al uso de drogas bajo el estado de ilegalidad (69). Bajo estas premisas, se puede optar por la terapia de sustitución con otra droga cuyo uso sea menos peligroso.

Para algunos usuarios de heroína, sea sola o en combinación con cocaína, que no han sido exitosos en programas de abstinencia, existe la modalidad de tratamiento de sustitución con metadona, conocido como Mantenimiento o medicación con metadona (MM) que representa el estándar de cuidado para la dependencia a opiáceos (73). La metadona es un narcótico sintético con propiedades analgésicas, que desde los años 60 se utiliza en el tratamiento de las adicciones a drogas (74). La terapia de MM, sirve el propósito de reducir la mortalidad y la criminalidad asociada al uso de drogas ilegales, reducir los riesgos de contraer infecciones cuyo vector es la sangre contaminada y normalizar la vida del drogodependiente. La estabilización del drogodependiente en MM por el tiempo que sea necesario facilita el que no reincida en patrones de uso de drogas que resultan peligrosos para él/ella y la comunidad (68). La metadona es un agonista de opiáceos que si se administra en dosis adecuadas reduce los síntomas asociadas a la retirada de heroína y el deseo de utilizarla. Tiene la ventaja sobre la heroína de que no produce euforia ni sedación, ni altera las destrezas motoras del usuario. Al reducirse el uso compulsivo de la heroína, responsable por la conducta anti-social de la mayoría de los drogodependientes, se facilita la normalización de la conducta del usuario, propiciando el que pueda estudiar o emplearse y cumplir con sus responsabilidades personales y familiares. La metadona se ingiere por boca y su acción es más prolongada por lo que se requiere sólo una dosis diaria (74). La terapia de sustitución con metadona se reconoce como el tratamiento más efectivo para la dependencia a opiáceos (61, 62, 67, 75). Los beneficios de MM han sido documentados en múltiples estudios científicos. Se ha demostrado que mejora el estado general de salud del

drogodependiente (76), reduce el uso concurrente de heroína y de cocaína (63), reduce la incidencia de infección con el VIH (77, 35), reduce la criminalidad (63) y reduce los costos de tratamiento y de otros servicios sociales (59).

A pesar de la extensa y exitosa experiencia internacional con MM, en varios países de Europa occidental han añadido un nivel adicional al continuo de servicios de tratamiento que incorpora la medicación con heroína para los drogodependientes crónicos que han fracasado en MM. Tanto Suiza como Holanda han adoptado el mantenimiento con heroína como parte de su política pública luego de los estudios que demuestran la efectividad de esta modalidad en reducir la actividad criminal, las muertes por sobredosis, el contagio con VIH y hepatitis, y en mejorar el estado de salud física y mental de los drogodependientes más crónicos y severos (78,79). Se demostró, además, que la retención en tratamiento, 69 por ciento a los 18 meses en el caso de Suiza, es mayor a la experimentada en los programas de abstinencia (79). Este dato es importante ya que la evidencia científica indica que el tiempo en tratamiento es el mejor predictor de resultados positivos finalizado el tratamiento (80). Los resultados exitosos alcanzados en Suiza y Holanda han llevado a Canadá y a Australia a iniciar sus propios experimentos con la medicación de heroína.

## Conclusiones

La penetración de las premisas del prohibicionismo punitivo en diferentes sectores de nuestra sociedad, incluyendo elementos dentro del sector de salud, representa el mayor de los retos que enfrentamos en la salud pública. En la medida en que hemos aceptado de forma acrítica las premisas, dogmas y estrategias del prohibicionismo punitivo nos hemos convertido en parte del problema. La política pública vigente ha generado daños mayores que los que podrían ocasionar, dados sus efectos primarios, las drogas de uso recreativo que permanecen prohibidas. Renuentes a que se nos tilde de "blandos" con relación a las drogas y el crimen, hemos sido sumamente cautelosos en denunciar y atender de manera adecuada las enormes consecuencias adversas que ha generado la prohibición punitiva sobre la salud de nuestros conciudadanos, sobre las bases de nuestra democracia y sobre nuestra calidad de vida. Cualquier intento de propulsar cambios en la política pública de drogas del país requiere un compromiso con desmontar la metáfora oficialista de "guerra contra las drogas" o de las "drogas como el cáncer social". Nuestro reto radica en atender de manera adecuada el uso problemático de toda droga como un asunto fundamentalmente social y de salud mostrando compasión y tolerancia hacia las personas que

han desarrollado una drogodependencia sea al tabaco o a la heroína. Para ello, el protagonismo en el manejo del uso problemático de cualquier droga, legal o ilegal, debe recaer en los sectores de servicios sociales y de salud y no en las agencias de ley y orden. Ese es nuestro segundo reto. En este momento histórico en que PR adoptará un plan estratégico nacional liderado por la Oficina de Control de Drogas, los profesionales de la salud del país debemos contribuir al discurso público para evitar que se sigan perpetuando y acrecentando los daños a la sociedad generados por el prohibicionismo punitivo.

### Summary

Puerto Rico has followed the United States in adopting drug policy sustained on a criminal justice model that limits the opportunities to address problematic drug use through public health interventions. Demand for illegal drugs is controlled by criminalizing drug use and applying jail sentences for drug offenses. These strategies marginalize drug users and reduce opportunities to minimize health risks applying public health measures. Production and sale of illegal drugs is criminalized with the intent of dissuading drug use, with adverse unintended health effects that impact both drug users and non-drug users in the community. The present work reviews the assumptions of the punitive prohibitionist model and its outcomes that present themselves as public health challenges in Puerto Rico. It also presents those principles that should sustain pragmatic drug policy to address problematic drug use from a health and social perspective.

### Referencias

1. Des Jarlais D. Harm Reduction-a framework for incorporating science into drug policy. *Am J Public Health.* 1995;85:10-12.
2. Zimmer L, Morgan JP. Marijuana myths, marijuana facts: a review of the scientific evidence. 1997. The Lindesmith Center. N.Y.
3. Van de Wijngaart GF. Competing perspectives on drug use: the dutch experience. Amsterdam, Netherlands. Swets and Zeitlinger; 1991.
4. White House Office of National Drug Control Policy. National Drug Control Strategy. 1989. Washington DC.
5. U.S. Department of Health, Education, and Welfare: Preventing disease/promoting health. Objectives for the nation: alcohol and drug abuse. Washington, DC: U.S. Government Printing Office;1979.
6. Musto DF. The american disease: origins of narcotic control. New York: Oxford University Press, 1987.
7. Levine, HG and Reinerman C. From prohibition to regulation: lessons from alcohol policy for drug policy. *The Milbank Quarterly.* 1991;69:461-494.
8. Behr E. Prohibition. Thirteen years that changed America. New York: Arcade Publishing; 1996.
9. White House Office of National Drug Control Policy. National Drug Control Strategy, 2002. Washington DC.
10. Vallance T R. Prohibition's second failure: the quest for a rational and humane drug policy. Praeger, Westport, Connecticut: 1993.
11. Lewis DC, Duncan DF, Clifford PR. Analyzing drug policy. *J Primary Prev.* 1997; 17:351-361
12. Santiago-Negrón S. Los medios de difusión y los anuncios de cigarrillos y alcohol: ¿Información, persuasión o coerción? *Ciencias de la Conducta.* 1993;3(1-2):83-97
13. Roizen J. Epidemiological issues in alcohol-related violence. In: Galanter M, ed. Recent development in alcoholism. Vol 13. New York: Plenum Press, 1997.
14. Julien RM. A primer of drug action. 8th ed. New York: W.H. Freeman and Co; 1998.
15. MMWR. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs: United States, 1995-1999. *Morb Mortal Wkly Rep* 2002 Apr 12;51(14):300-3.
16. Joy JE, Watson SJ Jr, Benson JA. Marijuana and medicine: assessing the science base. Institute of Medicine. National Academy Press, 1999. Washington DC.
17. Grinspoon, L, Bakalar, JB. Marihuana: the forbidden medicine. New Haven, CT: Yale University Press; 1993.
18. Golub A, Johnson B. Variations in youth risks of progression from alcohol/tobacco to marijuana and to hard drugs across generations. *Am J Public Health.* 2001;23:225-232.
19. Brown JH, Horowitz JE. Deviance and deviants: Why adolescent substance use prevention programs do not work. *Eval Rev* 1993;17:529-55.
20. Skager R. Can science-based prevention deliver the goods in the real world? *Prevention File* 1998 (Winter):11-14.
21. Dusenbury L, Lake A., Falco M. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J School Health.* 1997;67:127-132.
22. Ennet ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling R. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project D.A.R.E. Outcome evaluations. *Am J Public Health* 1994;84:1394-1401.
23. Lyman DR, Milich R, Zimmerman R, Novak SP, Logan TK, Martin C, Leukefeld C, Clayton R. Project DARE: no effects at 10-year follow-up consult. *Clin Psychol* 1999;67:590-593.
24. Dukes RL, Ullman JB, Stein JA. A three-year follow-up of drug abuse resistance education (D.A.R.E.). *Eval Rev* 1996;20:49-66.
25. Fishbein M, Hall-Jamieson K, Zimmer E, von Haefien I, Nabi R. Avoiding the boomerang: testing the relative effectiveness of antidrug public service announcements before a national campaign. *Am J Public Health.* 2002;92:238-45.
26. White House Office of National Drug Control Policy. Global drug trends. 1999. Washington DC.
27. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Lifetime prevalence of use for eighth, tenth, and twelve graders, 2001. Monitoring the future study. Available from: URL: <http://www.monitoringthefuture.org>.
28. Moscoso MR, Parrilla I, Robles RR, Colón HM, García M. El uso de sustancias en los escolares puertorriqueños. Consulta juvenil IV, 1997-1998. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción y Universidad Central del Caribe. Abril de 1998.
29. White House Office of National Drug Control Policy. The National Drug Control Strategy, 1997. p.5. Washington, DC.
30. Glasser I, Siegel L. When constitutional rights seem too extravagant to endure. In: Reinerman C, Levine HG, eds. Crack in America. Demon drugs and social justice. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, CA. 1997.
31. Fuster JB. Derechos fundamentales y deberes cívicos de las

- personas. Comisión de Derechos Civiles. San Juan, Puerto Rico, 2000.
32. Torruella J. One judge's attempt at a rational discussion of the so-called war on drugs. Conferencia en Colby College, Maine. 25 de abril de 1996.
  33. Ley PR 110. Para añadir el Artículo 412 a la Ley 4 del 23 de junio de 1971. Senado de Puerto Rico.
  34. Des Jarlais D C, Hagan H., Friedman SR, Friedmann P, Goldberg D, Frischer M, Green S, Tunving K, Ijunberg B, Wodak A, Ross M, Purchase D, Millson M E, Kmyers T. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA*. 1995;274:1226-1231.
  35. Buning E, van Brussel G, van Santen G. The impact of heroin reduction drug policy on AIDS prevention in Amsterdam. In: O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. *The reduction of drug-related harm*. Routledge, London, UK:1992
  36. Stimson GV. Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV-1 infection among drug injectors? *Addiction*. 1996;91:1085-1088.
  37. Pérez R, Suárez E, Pérez C, Morales A. Epidemiologic profile of HIV/AIDS in Puerto Rico: 1981-1996. University of Puerto Rico, Faculty of Biosocial Sciences and Graduate School of Public Health, Medical Sciences Campus, Department of Biostatistics and Epidemiology. San Juan, Puerto Rico. 1998.
  38. Robles RR, Colón HM, Matos TD, Marrero CA, López CM. AIDS risk behavior patterns among intravenous drug users in Puerto Rico and the United States. *Bol Asoc Med P R*. 1990;82:523-527.
  39. Albizu-García C, Santiago LM, Vera M, Cabán CA and Alegria M. Correlates of HIV prevalence in poor, out of treatment drug using women. (unpublished manuscript). CIES, UPR Graduate School of Public Health. 2002.
  40. Allard P. Life sentences: denying welfare benefits to women convicted of drug offenses. The Sentencing Project. February, 2002. Washington DC.
  41. P.L. 105-244. Amendments to the Higher Education Act of 1965. 105<sup>th</sup> Congress, USA, 1998.
  42. Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. <http://www.ces.gobierno.pr>
  43. Justice Policy Institute. Poor prescription: the costs of imprisoning drug offenders in the United States. July, 2000. [www.cjcf.org](http://www.cjcf.org).
  44. Walmsley R. World prison population list (2<sup>nd</sup> ed). United Kingdom Home Office Research, Development and Statistics Directorate, July, 2000.
  45. Nevares-Muñiz D. El crimen en Puerto Rico. Tapando el ciclo con la mano. 2da ed. Instituto para el Desarrollo del Derecho, Inc. Hato Rey, PR. 2001.
  46. Human Rights Watch. United States. Punishment and prejudice: racial disparities in the war on drugs. May, 2000; 12(2) (G).
  47. Clear TR. The unintended consequences of incarceration. In: *Consequences of incarceration*. Jan 1996. Vera Institute of Justice, N Y.
  48. Robles RR, Colón HM, Díaz N, Cancel LI, MacGowan R, Cole GE, Allen DM. Behavioural risk factors and HIV infection of injection drug users at detoxification clinics in Puerto Rico. *Int J Epidemiol* 1994;23:595-601.
  49. General Accounting Office. Law enforcement: information on drug-related police corruption. GGD-98-111 May 28, 1998. Washington D.C.
  50. Girodo M. Drug corruption of undercover agents: measuring the risk. *Behavioral Sciences and the Law*. 1991;9:361-70.
  51. Islam F. Who reaps the profits? In: *Drugs uncovered*. The Observer (Special Issue). April 21, 2002. U.K.
  52. Shaw B. Report by Cleveland, UK, Police Chief Constable to the Chairman and Members of the Cleveland Police Authority. Sept., 2001. U.K.
  53. Vigil MS. Drug Enforcement Administration. DEA Congressional Testimony before the House Government Reform Committee. January 4, 2000.
  54. Departamento de Salud, SAPEESI, División de Estadísticas, San Juan, Puerto Rico.
  55. Evans K., Sullivan JM. *Dual Diagnosis. Counseling the Mentally Ill Substance Abuser* (2<sup>nd</sup> ed.). 2001. The Guilford Press. N.Y.
  56. Albizu-García CE, Santiago-Negrón S, Marín H. *Medicación para el adicto a heroína y sus análogos. Monografía, Comisión para el Estudio de la Criminalidad y las Adicciones*. 1997. San Juan, P.R.
  57. Schmidt LA and Weisner CM. Public health perspectives on access and need for substance abuse treatment. In: Tucker, J.A., Donovan, DM, and Marlatt, GA, eds. *Changing addictive behavior: bridging clinical and public health strategies*. New York: Guilford Press, 1999.
  58. Rydell, C. Peter, and Susan S. Everingham. 1994. Modeling the demand for cocaine. Santa Monica, Calif. The RAND Corporation.
  59. California Department of Alcohol and Drug Programs, *Evaluating Recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA): General Report*. Sacramento, CA: California Department of Alcohol and Drug Programs; 1994.
  60. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(6):1141-58.
  61. Institute of Medicine, *Treating Drug Problems vol 1: A study of the evaluation of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems*. Washington (DC): National Academy Press; 1990.
  62. U.S. General Accounting Office, *Methadone maintenance: Some treatment programs are not effective; greater federal oversight needed: report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse and Control, House of Representatives*. Washington, DC: United States General Accounting Office;1990. p.37.
  63. Ball JC, Ross A. *The effectiveness of methadone treatment*. New York: Springer-Verlag; 1991.
  64. Landry MJ. *Understanding drugs of abuse: The process of addiction, treatment, and recovery*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1994.
  65. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992;47:1102-1114.
  66. *Youth violence: a report of the surgeon general*. Public Health Services, Department of Health and Human Services. January, 2001. Washington D.C.
  67. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Office of Medical Applications of Research. *Effective medical treatment of opiate addiction*. Bethesda, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services;1997:38 .
  68. Drucker E. Harm reduction: a public health strategy. *Current Issues in Public Health* 1995;1:64-70.
  69. Newcombe R. The reduction of drug-related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In: O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. *The reduction of drug-related harm*. 1992. Routledge, London, UK
  70. Robins LN, Davis DH, Goodwin DDDW. Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home. *Am J Epidemiol*. 1974;99:235-49.
  71. Cohen PD. Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures.

- University of Amsterdam Press, 1989.
72. Watters JK, Estilo MJ, Clark G, Lorvick J. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA*. 1994;271:115-120.
  73. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, eds. Substance abuse: a comprehensive textbook. 2nd ed. Williams & Wilkins. Baltimore, MD: 1992.
  74. Dole, VP; Nyswander, ME. Heroin addiction: metabolic disease. *Arch Int Med* 1967 120: 19-24.
  75. Murray J B Effectiveness of methadone maintenance for heroin addiction. *Psychological Reports*. 1998. 83: 295-302.
  76. Kreek MJ Health consequences associated with the use of methadone. In: Cooper, J R, Altman, F, Brown, BS, Czechowicz D (eds). Research on the treatment of narcotic addiction: state of the art (NIDA Research Monograph 83-1201). Rockville, MD: National Institute Drug Abuse, 1983.
  77. Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Public Health* 2000;90:1100-11.
  78. Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Huijsman IA, and van Ree JM. Medical co-prescription of heroin: two randomized controlled trials. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH). Utrecht, The Netherlands.
  79. Uchtenhagen A., Gutzwiller F, Dobler-Mikola A. (Eds.), Programme for a medical prescription of narcotics: final report of the research representatives (1997). Zurich: Institute for Social and Preventive Medicine at the University of Zurich, Switzerland.
  80. Des Jarlais DC, Hubbard R. Treatment for drug dependence. *Proc Assoc Am Physicians*. 1999:126-30.
-