



 ideapaís

LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA

Más allá de la libertad individual

Otros Problemas Sociales

LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA: MÁS ALLÁ DE LA LIBERTAD INDIVIDUAL

Investigador responsable: Felipe Garay B.

Edición: Luis Robert V.

Cristóbal Ruiz-Tagle C.

Diseño: Patricia Correa

1. INTRODUCCIÓN.

Chile es uno de los países con mayor consumo de drogas (consumo de alcohol, marihuana, cocaína y anfetamina), en América Latina, según distintos estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Nacionales Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC-ONU).

En el presente trabajo, contextualizado en la discusión de la despenalización de la marihuana actualmente en curso, abordaremos esta problemática como un síntoma de un problema social mucho más profundo, que requiere prevención (educación), rehabilitación (salud) y una activa intervención del Estado como de la sociedad civil para evitar seguir profundizando no sólo en los efectos individuales de las drogas, sino en las consecuencias sociales que trae consigo. Para ello, describiremos en primer lugar el contexto político del debate sobre drogas; además, presentaremos un resumen de la evidencia empírica sobre los efectos de la marihuana; a continuación, abordaremos las causas psicosociales que presentan a las drogas; para terminar, a modo de conclusión, presentaremos algunas políticas públicas que pueden ser de utilidad para el actual debate público.

2. CONTEXTO POLÍTICO DEL DEBATE SOBRE DROGAS.

Durante los últimos meses, a raíz de un proyecto de ley presentado por varios parlamentarios en el Congreso Nacional, se ha discutido sobre una eventual despenalización del autocultivo de marihuana para consumo privado y fines medicinales¹. Si bien sus autores no parecen estar de acuerdo con una legalización total de la marihuana, consideran que la ley vigente —que prohíbe la producción (cultivo de vegetales utilizados para obtener droga, la fabricación de compuestos químicos derivados de estos vegetales, como el caso de la

1 “Modifica Código Sanitario y ley N° 20.000, que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, con el objeto de despenalizar expendio y autocultivo de cannabis con fines medicinales”. http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=9913&prm-BL=9496-11. Boletín 9496-1, refundido con 9471-11.

cocaína, entre otros), porte, distribución y comercialización de sustancias psicotrópicas o estupefacientes, a excepción del cultivo de *cannabis sativa* por motivos de salud, previa autorización del SAG y del porte de marihuana para consumo personal, exclusivo y próximo en el tiempo, en forma privada e individual—, se opone al bien jurídico protegido que el mismo cuerpo legal establece —la salud pública—, sobre todo porque, a juicio de ellos, los bienes jurídicos cambian “según el régimen democrático” (la ley data de 2005) y “no puede existir un bien jurídico protegido que atente contra la libertad humana, de credo y conciencia”².

En efecto, los parlamentarios sostienen que la actual perspectiva “prohibicionista” que inspira la ley vigente no sólo vulnera los derechos fundamentales, sino que tampoco ha sido efectiva con la lucha contra el narcotráfico. Además, y apelando a cierta evidencia científica, les parece que debe permitirse legalmente el consumo directo de marihuana con fines medicinales. Hasta el momento, la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud), emitió un decreto (n° 84) en octubre pasado, que pone a la marihuana en la lista II de sustancias psicotrópicas, lo que permite el cultivo restringido para que puedan realizarse estudios clínicos con miras a sintetizar medicamentos basados en *Cannabis*³.

Dicho esto, este debate configura a lo menos dos aproximaciones distintas al problema de la marihuana. Por una parte, una perspectiva revisionista, que defienden tanto quienes creen que es necesario despenalizar el autocultivo⁴, el consumo personal y la legalización para fines medicinales. Por otro lado, existen los que están dispuestos a legislar de manera condicionada, sí y sólo sí se demuestra que esta droga presenta beneficios medicinales. Todas ellas apelan, sin embargo, en último término, a un *derecho individual* al consumo de drogas, como se observa en el proyecto de ley actualmente en trámite y en otras iniciativas presentadas en el pasado⁵. Una eventual despenalización del consumo de drogas sería, de esta forma, el resultado de una expansión de la libertad personal, que no puede ser, a juicio de esta

2 Ídem.

3 Ministerio de Salud (2015) Decreto n° 84, Modifica los D.S. 404 y 405, ambos de 1983, reglamento de estupefacientes y reglamento de psicotrópicos, respectivamente, del Ministerio de Salud [con el objeto de facilitar el acceso a tratamientos y medicamentos derivados de la especie vegetal cannabis sativa]. Recuperado de: <http://www.leychile.cl/Navegar?id-Norma=1085003>

4 En este sentido, el Gobierno de Michelle Bachelet se ha manifestado en contra de despenalizar el autocultivo de marihuana, considerando el daño a la salud de las personas, especialmente niños y adolescentes, que estarán más expuestos al consumo si se cultiva Cannabis en los domicilios. Así ha trascendido desde el Ministerio del Interior como adelanto a las indicaciones al proyecto de Ley que presentarán la próxima semana en la Cámara de Diputados.

Recuperado de: <http://impresalasegunda.com/2015/08/27/A/282OQ-PP9>

5 En 2009 los diputados Accorsi, Girardi, Jarpa, Lobos, Meza, Nuñez y Soto presentaron un proyecto de ley similar a la de 2005, pero sigue en primer trámite. Finalmente, en agosto de 2012, los senadores Lagos Weber, Letelier y Rossi ingresaron un proyecto que permanece en primer trámite, para permitir el autocultivo de marihuana en personas mayores de edad, y el porte o transporte de la sustancia con un máximo de 5 mg. El proyecto de ley más reciente, actualmente en discusión en la Cámara de Diputados (Boletín 9471-11), surge de la fusión con el Boletín 9496-11, que despenaliza el consumo recreativo de marihuana controlado en adultos.

perspectiva, coaccionada por ningún poder estatal.

Algunos ejemplos de algunos políticos que defienden esta visión:

- *“Despenalizar el consumo personal como parte de un enfoque de derechos humanos, salud pública y seguridad, a fin de no estigmatizar a los consumidores porque tienen que conseguir marihuana en el mercado negro”*⁶.
Fulvio Rossi, Senador del Partido Socialista.
- *“Hay que avanzar, tenemos que legislar y discutir sobre este tema porque la verdad es que la guerra contra la droga se ha perdido. (...) Yo no tengo ningún problema en aprobar el autocultivo y el consumo libre de la marihuana, pero cuando uno ve que el proyecto posibilita cultivar seis plantas, es un número que es bastante grande”*⁷.
Felipe de Mussy, Diputado UDI.
- *“Creer en las reivindicaciones de las personas de tomar sus propias decisiones, incluso si les hacen mal”*
Karla Rubilar, Diputada de Amplitud.
- *“Disminuirá el narcotráfico pues promoverá un autocultivo responsable”*⁸.
Camila Vallejo, Diputada del Partido Comunista.
- *“No estigmatizar el consumo de marihuana, pensando en la libertad de quienes necesitan una alternativa terapéutica”*
Giorgio Jackson, Diputado de Revolución Democrática.
- *“Favorecer la libre posibilidad de proteger la salud de las personas”*⁹
Sergio Ojeda, Diputado de la Democracia Cristiana.

Por otra parte, podemos agrupar en una perspectiva regulatoria a quienes creen que existe, en línea con el consenso que ha manifestado la comunidad científica y médica chilena en los medios de prensa, suficiente evidencia para calificar a la marihuana como una droga que genera efectivos nocivos para la salud. Además, si bien no desconocen el derecho individual al consumo, apelan al contexto social que hay tras éste, sobre todo el de la población vulnerable y marginada, principalmente adolescente y joven, que generalmente es la punta del iceberg de un círculo vicioso que está asociado al narcotráfico y a la delincuencia. Por eso, creen que la principal y urgente tarea de política pública no es la liberalización del consumo, sino la efectiva prevención.

Algunos ejemplos:

6 Rossi, F. “Comercializar marihuana debería ser legal “. Entrevista concedida a *Emol*. Santiago, Chile, 7 de junio 2014. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2014/06/07/664150/senador-rossi-comercializar-marihuana-deberia-ser-legal.html>

7 “Cámara aprueba en general proyecto que despenaliza el autocultivo de marihuana”. Obtenido de: <http://www.latercera.com/noticia/politica/2015/07/674-637709-9-camara-aprueba-en-general-proyecto-que-despenaliza-el-autocultivo-de-marihuana.shtml>

8 Los detalles de la sesión en que se discutió y votó el proyecto de ley de despenalización de la marihuana, con los argumentos expuestos, se encuentra disponible en: http://www.cdtv.cl/video_sesion.aspx?id=2983

9 *Ibid.*

● *“Aumentará el consumo, cualquier despenalización va en contra de la prevención, atenta contra los adolescentes. Estamos en presencia de una banalización del uso de la marihuana”*.
Jorge Sabag, diputado de la Democracia Cristiana.

● *“Este proyecto equivoca el diagnóstico: esconde el problema principal y propone regulaciones que ocultan la enfermedad. Amenaza convertirse en tragedia de salud pública en aumento para niños y jóvenes, y que golpea especialmente a los más pobres, aumentando la desigualdad contra la que luchamos”*.
Sergio Espejo, diputado de la Democracia Cristiana.

● *“Conociendo el daño que la marihuana provoca en la salud mental, principalmente en menores de edad, no es posible estar de acuerdo con el proyecto, pues si han fracasado las políticas de fiscalización con alcohol y tabaco, ¿por qué deberían funcionar con la marihuana?”*
Andrea Molina y Jaime Bellolio, diputados UDI.

Con todo, este debate no es novedad para nuestro país. La tendencia a la legalización de las drogas observada en el debate nacional está en línea con la experiencia comparada. También es importante tener presente que este tipo de soluciones sugieren, dada la misma evidencia que profundizaremos a continuación, que su reconocimiento legal no está contribuyendo a solucionar los problemas asociados, como el narcotráfico, la delincuencia y el consumo adolescente y juvenil, y que sus mismos precursores proponen como vía de solución para dichos problemas.

3. ¿QUÉ HAY TRAS EL CONSUMO DE DROGAS?

Como hemos visto, quienes están a favor de la despenalización del autocultivo de marihuana, suelen apelar a que su consumo es un asunto atingente a la libertad personal, aun cuando éste afecte a terceros. El consumo de drogas, sin embargo, es sólo la superficie de un problema social muchísimo más profundo. En efecto, a la hora de tomar una decisión de esta envergadura, es importante conocer los factores psicosociales relacionados, tanto en lo que respecta a su consumo como a su obtención y al mercado asociado a dicha obtención.

Ello influye en las motivaciones y patrones de consumo de los distintos tipos de drogas, así como en el daño objetivo que estas pueden presentar.

1.1. Motivaciones para el consumo

En este aspecto, influyen principalmente patrones de edad y nivel socioeconómico. Así, sobre todo en el caso de los adolescentes, existe una baja percepción de riesgo al consumo de drogas, donde parece fuertemente atractivo el consumo pues otorga una sensación de bienestar y seguridad (Krause, 1999). Sin embargo, como muestra la 7ª. Encuesta Nacional de la Juventud (INJUV, 2012) el nivel socioeconómico tiende a diferenciar el patrón motivacional, mostrando que, en sectores de mayor ingreso, el consumo de drogas es principalmente recreativo, vinculado a la sensación placentera y a un consumo en torno a instancias de diversión con los amigos. En los niveles de menores ingresos, en cambio, la

motivación tiende a ser más vinculada con una necesidad de evasión de la realidad, que está vinculada a un contexto de gran vulnerabilidad y carencia¹⁰.

1.2. Accesibilidad a las drogas

En este aspecto hay dos puntos a considerar: por una parte, el tipo de drogas que se consumen y el llamado “efecto lanzadera”¹¹(Volkow, 2014). En niveles socioeconómicos más vulnerables, se accede, en promedio, a drogas más nocivas que en los niveles altos (por ejemplo, inhalantes y pasta base), donde a bajo volumen de consumo, se experimenta un alto nivel de daño. En cambio, en los niveles de mayor ingreso, se accede a drogas más sofisticadas, que son tan fuertemente adictivas como las anteriores, pero el volumen de consumo es elevado, provocando un gran nivel de daño. Por otra parte, el llamado “efecto lanzadera”, consiste en que el consumo más temprano de sustancias que alteran la razón, produce un mayor nivel de daño y una tendencia a la escalada hacia drogas con efecto más fuerte (Degenhardt et al., 2010).

1.3. Violencia y delito

Un informe de Valenzuela y Larroulet (2010) describe tres tipos de violencia asociada a drogas, correspondientes a aquella vinculada al mercado de la droga (sostenimiento y protección de las mafias), al acceso a la misma o a delitos cometidos bajo los efectos de las drogas. En relación al primer tipo de violencia, quien se encuentra en situación de vulnerabilidad socio-económica, le resulta atractivo participar en las mafias, con el fin de obtener mayores ingresos. Éstas generan una cultura de violencia, derivada de la condición misma de ilicitud del mercado de las drogas (McBride D., et al. 2001). El segundo punto se debe a que la adicción incapacita a la persona para el trabajo, cayendo en delitos (hurto, a la extorsión, al robo con violencia, homicidio, etc.) para comprar droga (Deitch et al., 2000), dada la necesidad de consumir cantidades progresivamente más elevadas. El tercer punto da cuenta de la fuerte influencia que tiene la droga en el hecho de cometer delitos. Estudios tanto nacionales como internacionales, muestran altas tasas de violen-

10 En la 7ª. Encuesta Nacional de la Juventud (INJUV, 2012), ante la pregunta sobre en qué situaciones los jóvenes consumen drogas, los de sector socioeconómico alto, preferentemente lo hacen con motivación recreativo-social (34,8% en fiestas en casa, y un 23,2% en fiestas masivas), y en menor proporción en las demás instancias (en la calle con amigos, solo en la casa, o en estado depresivo, alcanzando este el menor índice [1,6%]). En el caso del sector bajo, disminuye la motivación recreativo-social (18,1%) y aumenta el consumo de drogas asociado a soledad (7%) o estado depresivo (5,1%). El estrato socioeconómico medio muestra una tendencia intermedia entre lo observado para los sectores alto y bajo, disminuyendo la motivación recreativo-social.

11 Estudios en roedores han dado evidencia acerca del “efecto lanzadera” del THC cannábico, pasando después a hacerse adictos a sustancias más peligrosas y de mayor efecto, por modificación del circuito de recompensa cerebral. Este efecto lanzadera se vería incrementado si el consumo de marihuana va acompañado del consumo de drogas “blandas” como tabaco y alcohol (Volkow, 2014).

cia psicológica en los delitos asociados a la droga, así como altos porcentajes de consumo habitual de drogas ilícitas en la población penal¹².

4. EXPERIENCIA COMPARADA.

Uno de los casos de tolerancia legal más amplia sobre las drogas a nivel mundial ocurre en Portugal, donde en el año 2001 se permitió la descriminalización¹³ de la compra, porte y consumo de cualquier droga, estipulando para cada una de estas sustancias una cantidad máxima permitida para el porte. Además, el Estado se enfocó en crear planes de prevención y rehabilitación de los consumidores. En este caso, la aplicación de la normativa indujo a la disminución en la percepción de riesgo para todas las drogas y descendió la tasa de consumidores “*en activo*”, pero aumentaron significativamente las consultas y requerimiento de atención por drogodependencia. Los efectos de esta medida, en vez de tender hacia la prevención, se orientan más bien hacia el tratamiento de adicciones, abusando de las garantías del sistema sanitario (Greenwald, 2009).

Por otra parte, en Colorado, Estados Unidos, se aprobó en 2012 la legalización¹⁴ progresiva de la marihuana para mayores de 21 años¹⁵. Los efectos de su implementación han sido negativos, aumentando en más del doble los accidentes vehiculares fatales por influencia de la marihuana entre 2007 y 2012, así como las consultas hospitalarias de urgencia por incidentes relacionados al consumo de marihuana tuvieron un incremento del 57% en el mismo período¹⁶. Además, la abogada Jo McGuire, quien se encargó de preparar la ley de despenalización en Colorado, señaló que en la actualidad enfrentan un problema como Estado, pues no han sido capaces de controlar el consumo

12 Estudios con alto nivel de precisión, realizados en Europa y Norteamérica, muestran tasas muy altas de violencia psicológica, correspondientes al 50% de los delitos asociados a la droga (Taylor, 2002). En Chile, de un test realizado en personas recientemente detenidas por delitos con violencia, un 69,3% dio resultado positivo a las drogas ilícitas de consumo más frecuente (expuestas en la Tabla 1). Además, de otro test presentado en este mismo estudio, realizado esta vez en la población penal nacional, un 90% de la población penal reconoció haber consumido algún tipo de droga (lícita o ilícita), y entre un 30 y un 70% reconoció ser consumidor habitual de algún tipo de droga ilícita, dando indicios que el efecto psicológico del consumo de drogas es un factor importante en la ocurrencia de delitos (SENDA y Fundación Paz Ciudadana, 2010).

13 La descriminalización es una figura legal que consiste en tolerar la venta y/o consumo de drogas, omitiendo la penalización de la conducta prohibida por la ley, o bien, aplicándola en forma menos estricta. Los partidarios de la descriminalización plantean esta alternativa como una forma de descongestionar el sistema judicial y penitenciario, propiciando, en teoría, la eliminación de la violencia asociada al mercado de las drogas, permitiendo a los consumidores el acceso más “seguro” a las drogas, aduciendo que no es posible acabar con el consumo (Guerrero, 2008).

14 La legalización es una figura legal que considera la participación directa del Estado en el mercado de las drogas, actuando como productor y/o distribuidor de las mismas, fijando además las reglas (cantidad de droga, quiénes pueden acceder) para su consumo (Guerrero, 2008).

15 La legalización de consumo de marihuana en Colorado, EE.UU., se enfocó a regular el consumo recreativo, comenzando por permitir el autocultivo máximo de seis plantas de *Cannabis*, y venta al por menor en el comercio.

16 Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area (2014). *Legalization of Marijuana in Colorado: The Impact*. Volumen 2, Agosto 2014. Obtenido de: [http://www.in.gov/ipac/files/August_2014_Legalization_of_MJ_in_Colorado_the_Impact\(1\).pdf](http://www.in.gov/ipac/files/August_2014_Legalization_of_MJ_in_Colorado_the_Impact(1).pdf)

límite establecido por la ley y, en el caso del uso medicinal, no existe prescripción médica. El autocultivo generó además un aumento del consumo juvenil¹⁷, alcanzando un nivel de consumo de casi un 50% superior al promedio nacional¹⁸.

Asimismo, el caso de la despenalización en Holanda¹⁹ —ícono para la postura revisionista— da cuenta de que el reconocimiento legal de las drogas no acaba con la violencia asociada al narcotráfico, contrariamente a lo que plantean sus partidarios. Si bien el consumo de marihuana está estrictamente regulado y restringido a los inscritos en los *Coffee Shops*²⁰, dada la prohibición de producir marihuana, el stock máximo que pueden adquirir de los proveedores legales (registrados por el Estado) no puede superar los 500 gramos, pudiendo vender sólo 5 gramos por persona. Como la demanda de marihuana en los *Coffee Shops* es superior a lo que pueden vender si cumplen la ley, éstos deben abastecerse del mercado ilegal para satisfacer dicha demanda, lo cual permite mantener funcionando a las mafias del narcotráfico de marihuana. Esta situación se ha visto más restringida a partir de las modificaciones de la ley de drogas holandesa (2012), donde, además de limitar el acceso a los *Coffee Shops* a adultos inscritos (a modo de club privado), disminuyó también el número de proveedores legales. Por consiguiente, la regulación no ha evitado la existencia de mafias violentas en el mundo de la producción²¹. Aunque los niveles de consumo de drogas en general son bajos en este país, existe una tendencia al aumento en el consumo de marihuana en menores de edad, quienes deben acceder a ella en forma clandestina, comprando a carteles o mafias (Monshouwer et al., 2006). Además, los consumidores que van camino a la adicción, requieren de dosis mayores para conseguir el mismo efecto, y como la cantidad que se puede vender legalmente es de sólo 5 gramos por visita a los *Coffee Shop* (Hafner, A. y Cavada, JP., 2012), los adictos recurrirán

17 “En Chile tendrían dificultad para controlar el mercado negro de marihuana”. Entrevista a Jo Mc Guire en *La Segunda* (03 de septiembre 2015). Recuperado de: <http://impresa.lasegunda.com/2015/09/03/A/B62OV5DO/all#LN2OVL2Q>

18 El consumo juvenil promedio de marihuana en Estados Unidos es de 7,15%, mientras que el promedio de Colorado alcanza a un 11,16%. (Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, 2014).

19 En Holanda, desde 1983 existe una política de drogas basada en la reducción de daños, la cual busca controlar legalmente el consumo de drogas y reducirlo al mínimo, tratando a los adictos y permitiendo un consumo moderado y regulado de drogas, que no afecte al orden público ni a la seguridad ciudadana. Así, se efectuó una despenalización progresiva del consumo de drogas consideradas “blandas”, comenzando por la marihuana. Se mantiene prohibida cualquier actividad relacionada con las drogas “duras” (cocaína, heroína, LSD, etc.), así como la producción de marihuana y su comercialización sin licencia estatal. El Estado actúa como regulador del expendio de drogas en lugares y condiciones establecidas, como por ejemplo los clubes de consumo de marihuana llamados *Coffee Shops* (Hafner, A.; Cavada, JP., 2012).

20 Los *Coffee Shops* son locales que poseen la exclusividad de vender marihuana legalmente en Holanda, siendo ilegal la venta fuera de estos. Para poder comprar marihuana en un *Coffee Shop* se requiere poseer la nacionalidad holandesa, ser mayor de edad y estar inscrito en un club de consumidores estables que frecuentan determinado *Coffee Shop*. En Uruguay, si bien la ley no contempla la venta exclusiva en ciertos locales, sí establece como condición para comprar marihuana legalmente la mayoría de edad y la nacionalidad uruguaya, medidas que evitan el surgimiento de un “narcoturismo” en el país.

21 BBC Mundo (2013) “Los lugares donde fumar marihuana no es ilegal”. Recuperado de: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130801_marihuana_casos_legalizacion_otros_paises_ch

también a un mercado negro probablemente provisto por mafias.

En el caso de América Latina, existen dos casos de regulación legal de drogas, concretamente para el consumo de marihuana. El más radical es el de Uruguay, donde en diciembre de 2013 se promulgó la ley N° 19.172, que legaliza la compra y cultivo regulado de marihuana, controlado por el Estado²². Este hecho, elogiado por la prensa internacional²³, fue duramente criticado²⁴ por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)²⁵ (Jelsma, 2013). Aún resta ver cuál será el efecto de esta ley en la prevalencia de consumo y en el tráfico de marihuana, pues el actual gobierno ha frenado su implementación total²⁶.

Menos permisiva y más reciente es la ley de regulación de consumo medicinal de marihuana promulgada en Colombia el pasado mes de diciembre. Esta normativa permite conceder licencia para el cultivo medicinal de marihuana por parte de instituciones médicas y científicas, para investigación y terapéutica, excluyendo totalmente la posibilidad de consumo recreativo²⁷. Esta segunda iniciativa legal se asemeja bastante al punto que, en esta materia, hay cierto consenso entre el oficialismo y parte de la oposición chilena, que dice relación con el uso medicinal de la marihuana, y que de cierta forma motivó la resolución del Ministerio de Salud. Sin embargo, en Canadá ya existe desde 2001 una normativa semejante, que desde el comienzo ha contado con la oposición del Ministerio de Salud local y de las agencias reguladoras de medicamentos²⁸, por los daños a la salud de las personas y la no suficientemente probada

22 La ley 19.172 de Uruguay permite la compra de 40 g de marihuana por mes a cada habitante mayor de 18 años y además la posibilidad de cultivo de marihuana hasta 6 plantas por familia, con una cosecha no mayor de 4.809 g. Texto completo de la ley en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/12/cons_min_803.pdf

23 “Uruguay’s cannabis law, Weed all about it”. *The Economist*, 11 de diciembre 2013. Obtenido de: <http://www.economist.com/blogs/americasview/2013/12/uruguays-cannabis-law?zid=305&ah=417bd5664dc-76da5d98af4f7a640fd8a>

24 La JIFE acusó a Uruguay de negligencia respecto a materias de Salud pública, por no acatar la Convención Única de la ONU sobre estupefacientes (Jelsma, 2013). Esta convención, (1961), es el documento normativo principal sobre drogas a nivel mundial, en la cual, la *Cannabis sativa* y sus productos están insertos en la *Lista Amarilla* de peligrosidad, y da las pautas para las políticas al respecto que deben aplicar los estados partes. Obtenido de: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

25 La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es un organismo asociado a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece pautas acerca del control legal de las drogas. Más antecedentes sobre la JIFE en: <https://www.incb.org/incb/es/about.html>

26 El actual Presidente de Uruguay, Tabaré Vázquez (asumiendo el 1 de marzo de 2015) es contrario a la legalización de la marihuana promulgada en el gobierno anterior. De momento, ya ha suspendido la venta de marihuana en farmacias. Obtenido de: <http://www.lanacion.com.ar/1773268-uruguay-tabare-vazquez-suspension-la-venta-de-marihuana-en-farmacias>

27 BBC Mundo (2015) “Colombia legaliza la marihuana para uso medicinal”. Recuperado de: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/12/151221_colombia_legalizacion_marihuana_uso_medicinal_nc (15-12-2015)

28 El Ministerio de Salud de Canadá (*Health Canada*) señala que “no respalda el uso de la marihuana” y que “la marihuana no es una droga o medicina aprobada.” Sin embargo, “los tribunales han requerido un acceso razonable a una fuente legal de la marihuana con fines médicos”, por lo cual se elaboró un programa federal. Obtenido de: <http://www.leafscience.com/2014/04/01/canada-medical-marijuana-mmpr-guide-25-questions-answers/>

capacidad terapéutica —que veremos en el apartado siguiente—. Finalmente, pese a las indicaciones para la venta y consumo medicinal regulado, ha continuado el autocultivo y el abastecimiento ilegal, realizado inclusive por los mismos enfermos registrados para comprar en establecimientos permitidos por la ley²⁹.

En cuanto a los costos sociales de la implementación de consumo legal regulado de drogas, comúnmente se esgrime que la legalización de las drogas disminuirá aquellos relacionados con los procesos de control y sanción penal de las drogas, y se tendrán beneficios considerables en relación a la baja de las tasas de consumo en sí mismas, debido a las políticas de prevención asociadas a la legalización, y a la posibilidad de “tratar a los adictos como pacientes en vez de criminalizarlos” (Schmitt-Hebbel et al., 2013). Sin embargo, este hecho no parece tan evidente, puesto que un estudio realizado en Australia, donde se compararon los costos y beneficios de dos sistemas de valoración legal de las drogas, uno donde se prohíbe toda la producción, comercio y consumo (*status quo*), y un segundo donde se permite el consumo regulado de drogas. Se encontró que no hay diferencias significativas en cuanto a los costos económicos que significa para el Estado y las instituciones asumir cualquiera de las dos estrategias³⁰ y, además, en la aplicación del consumo regulado, no se observa un beneficio social neto, puesto que hubo un mayor gasto por contención de la deserción escolar en situación de consumo regulado, así como por el control de enfermedades mentales, accidentes y otros eventos asociados al consumo de drogas. Es decir, se tiene a menos detenidos por drogas, pero una mayor tasa de adictos que deben recibir atención de salud. Estos antecedentes, si bien son de carácter preliminar y no necesariamente extrapolables a la realidad de otros países, dan indicios de que la decisión de penalizar o no las drogas debe considerar factores externos al marco regulatorio de la propia ley, como los mercados vacantes (observado ya en el caso de Holanda), y el contexto psicosocial en el que se da el consumo de drogas, que se deteriora aún más a raíz del aumento de la cantidad de adictos (Shanahan y Ritter, 2014).

En abril de este año, se convocará una sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas donde se discutirán las políticas relacionadas con el control de Drogas y Narcotráfico a nivel internacional, en la que se realizará un debate político y técnico en relación a este tema, basado en la experiencia de los distintos países miembros. Dentro de los puntos previos que se considerarán, está el de “promover políticas más progresistas en relación con el manejo del tema de drogas”³¹. Es de esperar que el debate que surja, a

partir del cual se generarán indicaciones para los gobiernos de los países miembros, considere el parecer de los expertos en el ámbito sociosanitario relacionado con las drogas, para que no sigan repitiéndose los difundidos mitos sobre los supuestos beneficios a nivel social que traería la adopción de políticas abiertas al comercio legal de las drogas.

En resumen, los efectos de las normativas aplicadas en el extranjero, muestran que el problema de la delincuencia asociada al narcotráfico no se soluciona con la implementación de comercio y consumo regulado para adultos, y que en esta toma de decisiones, cuando han pesado criterios políticos, y no se ha dado cabida a las evidencias fisiológicas, psicológicas y sociales acerca de los efectos del consumo libre de drogas, no ha dado los resultados que esperaban, derribándose el mito de que la legalización sería una especie de panacea.

5. ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?

Entre las drogas de consumo más frecuente, un factor común entre todas ellas es el fuerte potencial adictivo que presentan, ya sea por dependencia física y/o psicológica. Los efectos en particular de cada una de ellas varían, pero, en general, la evidencia pareciera inclinarse a que producen severos daños físicos, sobre todo si el consumo es prolongado y, más aún, si comienza en la adolescencia (hasta 21 años), proceso en el cual alcanza su etapa cúlmine la formación de conexiones neuronales³² (Volkow, 2014).

De este modo, todas las drogas descritas en las tablas 1 y 2 (Anexos), a excepción del tabaco³³ producen daño neuronal y enfermedades asociadas a trastornos psicóticos, alteración de la memoria, paranoia, etc. En cuanto a los daños a nivel fisiológico, en general el consumo agudo presenta alteraciones en los reflejos y cambios súbitos de los estados de ánimo, mientras que el consumo prolongado de drogas presenta alteraciones del sistema cardiorrespiratorio, incluso con riesgo de infarto agudo al miocardio (National Institute on Drug Abuse, 2014). Sin embargo, como sucede con otras drogas, no es posible precisar completamente la severidad de los efectos fisiológicos y psíquicos de las drogas en cada persona particular, y qué factores son los que están induciendo una conducta de abuso. En general, se asume que las conductas de abuso están asociadas al volumen y al patrón de consumo (OMS, 2014). En la discusión del proyecto de ley en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, algunos representantes del ámbito científico y

29 The Economist (2015), “*Legalising pot in Canada: Justin Trudeau and the cannabis factory. Converting a medical-marijuana industry into a recreational one will not be easy*”. Recuperado de: <http://www.economist.com/news/americas/21684186-converting-medical-marijuana-industry-recreational-one-will-not-be-easy-justin-trudeau?zid=319&cah=17a-f09b0281b01505c226b1e574f5cc1>

30

31 International Drug Policy Consortium (2016) *Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre Drogas de 2016*. Recuperado de: <http://idpc.net/es/incidencia-politica/la-sesion-especial-de-la-asamblea-general-de-las-naciones-unidas-ungass-sobre-drogas-de-2016>

32 Por esta razón, es preocupante el hecho de que los grupos etarios donde hay mayor tasa de consumo de marihuana sea en adolescentes y jóvenes. Un 13% de los adolescentes entre 12 y 18 años, y un 24% de los jóvenes entre 19 y 25 años declararon consumo frecuente de marihuana, niveles por sobre el promedio nacional de consumo de marihuana por grupo etario -11%- (SÉNTA, 2014; ver detalles en Anexo 2).

33 El hecho de que el tabaco no presente alteraciones severas de conciencia, no lo hace menos dañino. Está demostrado su efecto altamente adictivo e inductor de enfermedades pulmonares (enfisema, obstrucción pulmonar, bronquitis crónica, cáncer) y cardiovasculares (isquemia, aneurisma), así como un elevado riesgo de infarto. La diferencia del tabaco con las demás drogas estudiadas tiene que ver con la alteración de conciencia, lo cual sería gravitante en su consideración de droga lícita, aunque bajo consumo estrictamente regulado (National Institute on Drug Abuse, 2014).

médico nacional también expusieron argumentos en esta línea³⁴.

De ahí que un punto clave para establecer el criterio de licitud de cada una de ellas es que estén asociadas a las evidencias del riesgo real de daño a la salud asociado a su consumo. En relación a ello, se discute fuertemente en la sociedad actual la categorización de la marihuana, considerando que ésta no provoca muerte por adicción, a diferencia de alcohol y tabaco, principales drogas lícitas (Nutt D. *et al.*, 2007). Este hecho, documentado empíricamente, no implica que los efectos de la marihuana en el organismo sean saludables, como revisamos más adelante y tampoco se condice con la regulación emprendida por este mismo Congreso en avanzar hacia una mayor restricción en relación al consumo de alcohol y tabaco.

Para el caso de la marihuana, existe además una fuerte difusión acerca de presuntos efectos medicinales de ésta, entre los que se contarían tratamientos para la fibromialgia, artritis reumatoide y esclerosis múltiple (Sainte-Marie *et al.*, 2012), así como anticancerígeno (Velasco *et al.*, 2012). Así, algunas organizaciones de la sociedad civil como la fundación *Daya*³⁵ y la revista *Cáñamo*³⁶ suelen presentar estos estudios en el debate público, mostrando testimonios de enfermos que estarían siendo beneficiados por el consumo de productos derivados de la *Cannabis*. Estas campañas están orientadas a que la sociedad mire el consumo de marihuana no sólo como algo inocuo, sino beneficioso para las personas, en base a su composición “natural”, procedente directamente de la planta de *Cannabis sativa*. Sin embargo, el argumento terapéutico carece de mayor solidez, puesto que no hay estudios que prueben en forma fehaciente la mayor efectividad y ausencia de efectos adversos del consumo de marihuana frente a los tratamientos convencionales para las enfermedades en cuestión. Si bien existe la posibilidad de encontrar efectos medicinales en pequeñas

dosis de principios activos secundarios aislados del *Cannabis*, no es posible obtenerlos a partir del autocultivo, debido a los daños severos que provoca el THC³⁷, principio activo principal de la marihuana (Mönckeberg, 2014). Este hecho se debe al supuesto de que en el autocultivo con fines medicinales no existe control acerca de la dosis que el paciente ingiere, la cual puede superar la dosis necesaria para obtener el efecto farmacológico, así como a la imposibilidad de aislar los componentes medicinales (por ejemplo, el *Cannabidiol* o CBD) de los nocivos.

Además, los efectos adversos del consumo de marihuana, descritos empíricamente, no pueden dejar de ser considerados en la actual discusión parlamentaria. Si bien hay estudios observacionales que indican que el consumo regulado en adultos sólo generaría un efecto depresor temporal del sistema nervioso sin disminuir el coeficiente intelectual (Rogeberg, 2012) y la actividad cerebral (Weiland B., Thayer R. *et al.*, 2015), otros estudios, realizados tanto en animales como en humanos (Yüel M. *et al.*, 2008; Jiang W. *et al.*, 2005), concluyen que los efectos depresores del THC en el sistema nervioso son progresivos en la mayor parte de los casos, conduciendo a muerte neuronal, en patrones similares a los observados en los adictos al alcohol, manifestándose incluso desde la adolescencia (Mönckeberg, 2014). En el consumo de marihuana en adolescentes, el THC estaría directamente involucrado en retrasar el desarrollo neuronal (Rodríguez, 2012), provocando serios daños cognitivos y una fuerte tendencia a la adicción, presentando esta última un patrón similar al consumo excesivo de tabaco y alcohol en este rango etario (Arseneault L., *et al.*, 2002; Dörr, 2009).

Por otra parte, se han realizado estudios para establecer una comparación empírica entre los efectos de la marihuana y las drogas lícitas. Respecto del alcohol, se analizaron los efectos en la disminución de los reflejos y concentración en la conducción de vehículos. Cuando la concentración de THC sanguíneo es de 5 nanogramos por mL de sangre³⁸, el efecto observado es equivalente al presentado bajo una alcoholemia de 0,08% [8 mg de alcohol/mL de sangre] (Brady y Li, 2014). En relación al tabaco, se comparó la concentración de compuestos carcinogénicos entre tabaco y marihuana, presentando esta última un 50% más de compuestos inductores de cáncer de pulmón -benzotracenos y benzapirenos-, lo que implica que aumente la probabilidad de padecer cáncer pulmonar (Voinin *et al.*, 2006). Por tal razón, numerosos profesionales pertenecientes al área de la salud (Irrázaval, 2012; Mönckeberg, 2014) e

34 Expusieron ante la Comisión de Salud argumentando desde el área científica/médica: la doctora Katia Gysling, especialista en Neurología; la directora del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, doctora Lidia Amarales; los psiquiatras señores Mariano Montenegro, Carlos Ibáñez y José Luis Castillo, por la organización “Sonepsyn”; el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile y representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, Asofamech, doctor Humberto Guajardo y el Presidente de la Sociedad de Anestesiología de Chile, señor Marco Guerrero. Detalle completo de la cuenta de la comisión en: <http://www.camara.cl/pley/pdfpley.aspx?prmID=19328&prmTIPO=OFICIOPLEY>

35 La Fundación *Daya* es una organización sin fines de lucro cuyo objetivo es la investigación y promoción de terapias alternativas orientadas a aliviar el sufrimiento humano, basadas principalmente en marihuana y otros derivados de la *Cannabis sativa*. Además, colaboran y asesoran en el diseño de políticas públicas tendientes a garantizar a la población el acceso a estas terapias (por ejemplo, mediante el autocultivo de *Cannabis*). Esta organización está liderada por la actriz Ana María Gazmuri, y cuenta con el apoyo principalmente de personalidades del mundo del espectáculo y de la televisión. Dirección web: <http://www.fundaciondaya.org/>

36 La Revista *Cáñamo* es una publicación mensual fundada en 2005, dependiente de la agrupación *Movimental*, dirigida por Claudio Venegas y Sebastián Binfa. Esta agrupación impulsa una campaña denominada “Cultiva tus Derechos”, la cual promueve la despenalización del autocultivo de marihuana para uso recreativo y medicinal. La revista se encarga, además de promover la despenalización, de presentar información acerca de la *Cannabis* y sus distintos usos, así como entrevistar a personajes que se reconocen abiertamente consumidores y/o promotores de la causa. Dirección web: <http://www.canamo.cl>

37 El THC (Tetrahidrocannabinol) es el principio activo de los vegetales del género *Cannabis*, de los que se extrae la marihuana. Su unión específica a receptores cerebrales altera de la percepción y del sentido de realidad, ejerciendo su efecto a pocos minutos de su inhalación, persistiendo en el tiempo (Mönckeberg, 2014). En cambio, los efectos del alcohol o del tabaco son más severos a largo plazo (Florenzano, 2012).

38 A modo referencial, el consumo de un cigarrillo típico de marihuana puede tener una concentración de THC entre 10 y 40 mg, pudiendo pasar los 100 mg. Se puede detectar THC en consumidores crónicos hasta después de 4 días del último consumo. (Bonilla y Valentín-Colón, 2012). El consumo de una cerveza, para un varón adulto, arroja una alcoholemia aproximada de 0,26%. Según la legislación chilena, sobre 0,15 se está incapacitado para conducir un vehículo. (<http://www.senda.gob.cl>)

incluso las mismas sociedades profesionales del área médica y psicológica, se oponen a cualquier iniciativa de despenalización de la marihuana³⁹, debido a sus efectos comparativamente dañinos. Además y en línea con la experiencia comparada que hemos visto en este informe, consideran que la marihuana puede constituir una puerta de entrada para la despenalización de otras drogas más nocivas, facilitando el acceso a las mismas a personas que pueden presentar tendencia a la adicción⁴⁰.

Considerando los antecedentes presentados sobre los daños y los altos riesgos asociados al consumo, no es posible considerar inocuo o beneficioso el efecto del consumo de marihuana *per se*.

6. EFECTOS SOBRE LA SOCIEDAD

La literatura ha estudiado qué efectos tiene el consumo de la marihuana fuera de la realidad individual de cada consumidor. Estos efectos, tienen una fuerte correlación con la percepción de riesgo que tiene la población respecto a esta droga y por tanto, está ligada a cómo se presenta el consumo de ésta por el ordenamiento legal. De hecho, basta revisar en detalle en la sección *Anexo 2*, se muestra que entre las drogas de mayor consumo en Chile, la marihuana presenta los niveles más altos de consumo después del alcohol, -11,3% de la población- y los más bajos de percepción de riesgo en la población general -47,2% frente a una percepción de riesgo promedio de las demás drogas sobre el 70%-, lo cual da cuenta de una percepción social proclive a minimizar los efectos de la marihuana, dado que el deterioro es más notorio a largo plazo, aun cuando, como hemos visto, genera también daños en el corto plazo (SENDA, 2014).

La evidencia muestra que el consumo de marihuana menoscaba las habilidades para trabajos con mayor exigencia física, sino también la concentración relacionada a la actividad intelectual. 48 estudios realizados en Norteamérica y Europa en las décadas de 1990 y 2000, mostraron una fuerte correlación entre consumo de marihuana y deserción académica (Macleod et al., 2004). En el grupo de los consumidores frecuentes entre 14 y 21 años de edad, la tasa de graduación universitaria va disminuyendo, desde un 75% de graduados entre quienes consumen 1 a 100 cigarrillos de marihuana al año, hasta un 24% de graduados entre quienes consumen 400 o más cigarrillos de marihuana anuales (Fergusson y Boden, 2008).

Por otra parte, la marihuana también tiene un sig-

nificativo efecto en trabajadores que la consumen. Estudios realizados a trabajadores estadounidenses ha mostrado que quienes trabajan en la construcción, o en otras labores que requieren alta concentración y destreza técnica, presentan grandes dificultades de coordinación, motricidad y reflejos debido al consumo de marihuana, por lo menos entre 2 a 4 horas después de haber consumido un cigarrillo de *Cannabis*. Estos efectos, en trabajadores que han declarado ser adictos, podría extenderse inclusive entre 24 horas después de consumir el último cigarrillo de marihuana (Macdonald et al., 2009). Y esta realidad, se ha transformado en una problemática para el aseguramiento de la seguridad en el trabajo en nuestro país en rubros como la construcción, la minería o el industrial.⁴¹

El efecto del consumo de marihuana en el trabajo, repercute también en la tasa de empleabilidad. Un 52% de los neozelandeses que han declarado ser consumidores habituales de marihuana (entre los 21 y 25 años), se encuentran desempleados o sin estudiar⁴². Esta proporción corresponde al doble de los desempleados que no han consumido nunca marihuana (Fergusson y Boden, 2008).

Por otra parte, también se ha podido constatar una relación entre el consumo de marihuana y criminalidad. En un estudio realizado con detenidos por delitos violentos en 36 ciudades en Estados Unidos, un 60% fue detectado como consumidor de marihuana dentro de los tres días previos a la detención (Liccardo y Pacula, 2004).

Estos antecedentes ponen de manifiesto mediante el estudio de las implicancias del consumo, que tanto el deterioro personal como social asociado al consumo de marihuana, no permiten que ésta pueda ser considerada como inocua desde una perspectiva social y que hay que tener estos datos presentes a la hora que se discuta la ley que pretende flexibilizar su consumo.

7. A MODO DE CONCLUSIÓN.

La despenalización de las drogas de abuso no es solución efectiva al problema de la drogadicción y de la criminalidad asociada al mercado de la droga. Como hemos enunciado, uno de los principales problemas es la tendencia al aumento en el consumo de drogas, y la disminución de la percepción de riesgo, como queda en evidencia para la marihuana⁴³.

En este sentido, parece ser una contradicción despenalizar las drogas argumentando una finalidad preventiva, puesto que, en su mayor parte, la experiencia compara-

39 Se han manifestado públicamente en contra de la despenalización de la marihuana los presidentes del Colegio Médico, de la Sociedad Chilena de Medicina y de la Sociedad Chilena de Anestesiología, así como los presidentes de otras sociedades de profesionales de la Salud. Ellos constituyen exponentes importantes en la esfera pública respecto a la posición del gremio de la salud en relación a este tema. “**Carta a la Opinión Pública, los médicos contra el uso terapéutico de la Marihuana**” (2014) Recuperado de: http://www.corporacionesperanza.cl/not_92.php

40 El uso de marihuana como puerta de entrada para el consumo de otras drogas, más conocido como “efecto lanzadera”, está documentado en un estudio sobre consumo de distintas drogas, realizado en 17 países. En él se observó que los consumidores de drogas duras que habían comenzado consumiendo marihuana son más del doble que quienes comenzaron consumiendo tabaco o alcohol (Degenhardt et al., 2010).

41 Según un estudio realizado en 109 industrias de diversos sectores productivos se observó que el 10,1% de los trabajadores consumía habitualmente drogas, siendo la marihuana la más común de ellas. Trabajo disponible en <http://www.globalpartners.cl/test-alcohol-drogas/wp-content/uploads/2015/07/FINAL-GP-Informe-Estudio-2014-copia.pdf>

42 Es probable que el hecho mismo del ocio derivado del desempleo o deserción escolar sea el que fomente el consumo de marihuana a nivel adictivo, generándose un círculo vicioso en el consumidor, que le impide volver al mundo laboral o estudiantil. De ahí que no necesariamente la marihuana actúe como agente causal de este hecho, sino como consecuencia (Fergusson y Boden, 2008).

43 Chandía, R. (2015) “El ‘dejar ser’ de la autoridad ante discursos pro-cannábicos”. *La Segunda*, Miércoles 8 de julio 2015, p.3

da muestra una tendencia al aumento del consumo, aun cuando se ve amortiguado su efecto por la fácil accesibilidad a rehabilitación. Además, se da la paradoja en el Congreso Nacional, que mientras se debate la despenalización de la marihuana aduciendo supuestos efectos benéficos para la salud, se presenta un proyecto de ley restrictivo del consumo de tabaco que es también una droga nociva para la salud. Si el tabaco puede producir daños severos a nivel cardiopulmonar (aunque, a diferencia de la marihuana, no involucra alteración severa de conciencia), y se presentan proyectos restrictivos para desincentivar el consumo, ¿no será un contrasentido acaso, promover la despenalización de la marihuana bajo la excusa de desincentivar el consumo?⁴⁴

El proyecto en discusión carece de propuestas conducentes a atacar los problemas de fondo, consistentes en un daño personal (fisiológico) y además psicosocial, que menoscaba el despliegue de la persona en dignidad. En este último aspecto, tanto la prevención como la rehabilitación deben, a nuestro juicio, apuntar hacia problemas que son anteriores al consumo de drogas, tales como las situaciones de vulnerabilidad de niños y adolescentes, ya sea por un entorno de escasos recursos o por falta de proyectos de vida, como por una situación efectiva de “abandono práctico” de sus padres y familiares, que los lleva a entrar en el círculo de la droga y caer en riesgo de adicción. En este sentido, es clave el apoyo psicológico y afianzamiento de redes de apoyo a personas que se encuentren en situación vulnerable. En esta tarea, es importante el rol del Estado como articulador y fiscalizador de los programas de prevención y rehabilitación, en conjunto con organismos de la sociedad civil (ver anexo 3). Actualmente, el grado de alcance de los programas efectuados por el Estado, a través de SENDA⁴⁵ y en colaboración con organizaciones privadas, es escaso, pues aplican medidas generales para contextos diferentes (Nazal, 2014)⁴⁶. Si prosperan las iniciativas de despenalización, probablemente se reducirán al mínimo los esfuerzos en superación de situaciones de vulnerabilidad.

Por otra parte, se suele justificar la despenalización del consumo recreativo de marihuana como si esto fuera una necesidad de equidad social, cuando este tipo de peticiones están más focalizadas en personas de nivel socioeconómico alto, como figura en la encuesta del INJUV sobre esta materia, realizada en octubre de 2014. Así, desagregando los resultados de la encuesta por estrato

socioeconómico⁴⁷, quienes están más a favor de la despenalización de la marihuana son los jóvenes de estrato alto (69%) versus los de estrato medio (65%) y bajo (58%),⁴⁸ lo cual es coherente con la evidencia empírica acerca de una motivación recreativa para el consumo.

Además, la despenalización probablemente mantendrá el problema de seguridad, pues podría mantenerse la existencia de las mafias, operando sobre todo en provisión de droga a menores de edad y a personas con trastornos psíquicos a quienes la ley les impida acceder al consumo legal de droga. En este sentido, la Ley No 20.000 es susceptible a experimentar un sinnúmero de mejoras que le permitan discernir cuándo penalizar, para orientar los esfuerzos de la justicia y la policía hacia los grandes proveedores de droga (contrariamente a lo que sucede actualmente, como vimos) en vez de los microtraficantes y los consumidores, de modo que haya un efectivo control de la oferta de drogas, que pueda repercutir en la disminución de la violencia asociada al mercado de las drogas y a los efectos de las mismas.

Por último, la despenalización de la marihuana desprotege a los menores de edad, sector más vulnerable al daño producido por la marihuana y otras drogas. La introducción del autocultivo y regulación del porte para consumo pueden transformarse en letra muerta, como sucede por ejemplo, con la legislación chilena sobre alcohol y tabaco, donde la realidad muestra que ambas drogas son fácilmente accesibles para los menores de edad, muchas veces sin la debida responsabilidad y precaución de los padres o tutores de los mismos, aumentando el riesgo de adicción⁴⁹.

8. PROPUESTAS.

- a) Reducción del acceso a drogas, mediante el control de la oferta y la penalización a los traficantes.

Si bien el Estado chileno tiene políticas para combatir el lavado de dinero y el narcotráfico mediante estrategias de seguridad para impedir el ingreso de droga a Chile o el cultivo de vegetales de los cuales se producen sustancias psicotrópicas⁵⁰, en la práctica los perjuicios que sufren quienes participan en estas redes no son suficientes para aplacarlos.

⁴⁴ La Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprobó (el 9 de julio pasado) para su discusión en sala un proyecto de ley (Boletín 8886-11) que sanciona fuertemente a quienes ofrezcan cigarrillos a menores de edad, prohíbe fumar tabaco en los espacios públicos, prohíbe todo tipo de publicidad del tabaco y eleva el impuesto que deben pagar las tabacaleras, entre otras medidas. Más información disponible en:

http://www.senado.cl/proyecto-que-endurece-ley-antitabaco-sera-votado-en-sala-prontus_senado/2014-07-23/161624.html

⁴⁵ SENDA es el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, organismo dependiente del Ministerio del Interior, el cual es responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias. Sitio institucional: <http://www.senda.gob.cl>

⁴⁶ Más información sobre lo que realiza el SENDA se encuentra disponible en: <http://issuu.com/sendagob/docs/chilepreviene>

⁴⁷ En este estudio se utilizó la clasificación socioeconómica nacional de la Asociación de Investigadores de Mercado (AIM), que agrupa los estratos altos (ingreso superior a \$450.000) como ABC1, a los estratos medios altos (ingreso entre \$300.000 y \$450.000) como C2, a los estratos medios bajos (ingreso entre \$150.000 y \$300.000) como C3, a los estratos bajos (ingreso inferior a \$150.000) como D, y a quienes no reciben ingresos, como E. Para definir el estrato alto, se consideraron los grupos ABC1 y C2, los estratos medios como el C3, y los estratos bajos como D y E.

⁴⁸ Sondeo n° 4 “Drogas y Legalización de la Marihuana en jóvenes de 15 a 29 años”. Instituto Nacional de la Juventud, octubre 2014.

Obtenido de: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/resultadossoneo04_version28denoviembre.pdf

⁴⁹ Para mayores antecedentes al respecto, ver el informe del Décimo Primer Estudio de Drogas en la Población General (<http://www.senda.gob.cl/xi-estudio-nacional-de-consumo-de-drogas-en-poblacion-general/>) y el Estudio de Drogas en la Población Escolar (<http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo-escolares-2013.pdf>) ambos publicados por el SENDA.

⁵⁰ Gobierno de Chile, (2013) “Estrategia Nacional para la prevención y combate al activo de lavados y financiamiento del terrorismo”. Obtenido de: www.uaf.cl/descargar.aspx?arid=646

Entre otras razones, por la presencia de grandes redes que hacen difícil su seguimiento⁵¹.

En este sentido, las sanciones a los grandes traficantes no sólo deben traducirse en penas de cárcel efectivas, sino en fuertes sanciones económicas, así como la extradición judicial y la prohibición de ingreso al país de cualquier ciudadano extranjero que hubiese participado en negocios relacionados con el narcotráfico. Del mismo modo, y para evitar la evasión legal producto de las redes de los traficantes, eliminar la posibilidad de beneficios en el cumplimiento de la pena (fianza, reclusión domiciliaria) y lograr que cumplan penas efectivas, así como también lograr desbaratar en forma efectiva las redes. Esto permitirá reducir efectivamente la disponibilidad de drogas, y además desincentivará la formación de mafias que realizan actividades de narcotráfico.

b) Potenciación y mejoramiento de las estrategias de prevención.

Es importante el desarrollo de estrategias preventivas que abarquen dos aspectos clave:

- Evitar la normalización del consumo, mediante un discurso que no sea condescendiente con el mismo, y basado en evidencia empírica contundente.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, fomentando hábitos saludables, entrenamiento en habilidades psicológicas, intelectuales, y de inserción comunitaria y laboral (Becoña, 2014).

La estrategia “Chile Previene” tiene un alcance limitado en la población, pues mediante medidas generalistas, aplicadas en distintos sectores organizados de la sociedad, no permite un diagnóstico integral del problema de drogas (que se basa solamente en prevalencia de consumo y percepción de riesgo en cada sector), pues las variables psicosociales que influyen en los distintos contextos vulnerables al consumo son diferentes y no consideradas al momento de intervenir (Segovia, 2013). Por tales razones, el objetivo debe ser no solamente en bajar los índices de consumo y percepción de riesgo, sino en evaluar cómo detectar los distintos problemas que surgen en cada sector, anteriores al consumo y fuentes de riesgo, a fin de trabajar en ellos con la comunidad e implementar programas concretos de intervención. Esto considera la importancia de hacer prevención no sólo en sectores de pobreza, sino también en aquellos de mayores ingresos, con factores de riesgo y patrones de consumo distintos a los estratos bajos.

En este proceso es fundamental que SENDA actúe en forma coordinada no sólo con organismos vinculados al tema de drogas, sino con otros actores sociales como las iglesias, asociaciones deportivas, etc., en la elaboración, capaci-

tación y evaluación de los proyectos.

c) Implementar a nivel nacional, un sistema semejante a los TTD⁵² (Tribunales de tratamiento de drogas).

Esta puede ser una buena alternativa a los procesos penales tradicionales que se aplican a los consumidores de droga en el país y a quienes cometen delitos menores debido al consumo de drogas⁵³. Estos tribunales reconocen que el consumidor de drogas tiene dañada su salud mental y física, por ello, en el reconocimiento de la condición de consumidor de drogas, por ello recalifican el tipo penal, a fin de evitar penas de cárcel. Se prescriben terapias psicológicas y programas de inserción laboral, entre otros, para dejar la adicción. Además, el control judicial del proceso aporta en prevención de la reincidencia⁵⁴. Este plan muestra mayores tasas de eficacia que los métodos convencionales de rehabilitación⁵⁵. Además, la inversión pública por prevención y rehabilitación sería inferior a la que se requiere para mantener a los consumidores en prisión⁵⁶. Por todo lo anterior, es adecuado ampliar la implementación de los TTD al resto del país.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos cordialmente por su colaboración en la investigación y evaluación de este informe, a las siguientes personas:

Dra. Katia Gysling, bióloga, Directora del Centro de Estudios de Adicción (CEDA) de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dr. Fernando Mönckeberg, médico pediatra, fundador y director de la Corporación de Nutrición Infantil (CONIN).

52 La implementación de los TTD, comenzada en Estados Unidos, se ha expandido por varios países de distintos continentes, y en Chile se aplicó un plan piloto de este tipo de tribunales a partir de 2005 en tres lugares (Iquique, Antofagasta y Santiago). Sin embargo, el Ministerio Público sólo ha admitido a esta iniciativa a aquellos que cometen delitos menores, dado que el consumo de drogas no es eximente penal.

53 En 2014, los condenados por delitos asociados a drogas fueron 10.692, correspondientes al 43,4% del total de términos de causas por Ley de Drogas, y un 4,7% de las causas condenadas por el Ministerio Público. Obtenido de: <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/archivo?id=18946&pid=176&tid=1&cd=1>

54 La diferencia de este plan con los métodos convencionales (que incluyen encarcelamiento y tratamiento anti-adicción impuesto) es que estos últimos son menos eficaces puesto que el ambiente intrapenitenciario en vez de desincentivar la adicción, la potencia, y junto con ello mueve al adicto a iniciar el consumo de drogas más peligrosas e involucrarse en un ámbito delictual más complejo. En cambio, quienes participan en los TTD presentan menor reincidencia en la actividad delictual y mayores tasas de rehabilitación.

55 En California, EE.UU., la tasa de reincidencia en drogas de los imputados graduados en los TTD es de 17%, de los participantes no graduados es de 29% y de los no participantes es de un 42%. (Fuente: National Associations of Drug Court Professionals, <http://www.nadcp.org/>)

56 Según un estudio de la Fundación Paz Ciudadana, la inversión pública que se realiza para rehabilitar a un drogadicto en Chile llega a \$140.000 mensuales, mientras que el gasto por mantener en prisión a una persona asciende a \$230.000, lo que significa también un ahorro para el Estado (Moreno, 2014).

51 CIPER Chile (2011) “Defensas al límite: abogados de narcos y narco abogados”. Obtenido de: <http://www.ciperchile.cl/2011/07/12/defensas-al-limite-abogados-de-narcos-y-narco-abogados/>

Sr. Eduardo Valenzuela Ph.D., sociólogo e investigador, decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sr. Juan Pablo Rojas, psicólogo clínico, especialista en rehabilitación de consumidores de drogas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Andréasson S., Engstrom A. et al. (1987). Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 2, 1483-1486.
- Bachelet, M. (2013). *Programa de Gobierno, "Chile de Todos"*. Obtenido de <http://www.minsejpres.gob.cl/wp-content/uploads/2014/04/ProgramaMB.pdf>
- Becoña, E. (2014). *Aciertos y desaciertos en la prevención del consumo de drogas*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Obtenido de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Febrero/Presentacion_Elissardo_Becona_Medellin_Feb2014.pdf
- Berthiller J., Straif K., et al. (2008). Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol*, 3, 1398-1403.
- Blickman T., Jelsma M. (2009). La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Revista Nueva Sociedad*, 222, 81-103.
- Bonilla A., Valentín-Colón D. (2012). Laboratorio: Cannabis Sativa. *Galenus*, 36, 52-53.
- Brady, J., & Li, G. (2014). Trends in alcohol and other drugs detected in fatally injured drivers in United States 1999-2010. *American Journal of Epidemiology*, 179, 692-699.
- Degenhardt L, Dierker L, Chiu W et al. (2010). Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 84-97.
- Deitch D., Koutsenok I. and Ruiz A. (2000). The relationship between Crime and Drugs: What we have learned in recent decades. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 391-397.
- Dörr, A. (2009). Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas involucradas en el aprendizaje escolar: memoria, atención y estrategias de ejecución. *Medwave Mar*; 9(3).
- Fergusson DM, Boden JM. (2008) Cannabis use and later life outcomes. *Addict Abingdon Engl.*;103(6):969-976; discussion 977-978.
- Florenzano, F. (2011). *Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas 2011-2014*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA).
- Florenzano, R. (2012). Módulo 3 Lección 14: Consumo de Drogas. Santiago, Región Metropolitana, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion14/m3l14leccion.html>
- Godínez V, Ominami C et al. (2013). *Políticas de drogas en México y Chile: Estimación de costos económicos y sociales y de escenarios alternativos*. Santiago, Chile.: SIREM y Fundación Chile 21.
- Goldstein, P. (1985). The Drugs/Violence Nexus. A tripartite conceptual framework. *Journal of Drugs Issues*, 39, 493-506.
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal. Lessons for create fair and successful drug policies*. Washington DC: CATO Institute.
- Guzmán E. y Schmitt-Hebel K. (2013). Reconociendo la derrota en la guerra contra las drogas: hacia la legalización. En D. C. Contreras Dante, *95 propuestas para un Chile mejor* (págs. 328-341). Santiago de Chile: Grupo Res Pública Chile.
- Hafner, A.; Cavada, JP. (8 de Octubre de 2012). *Situación legal de la marihuana para uso personal o terapéutico. Derecho comparado*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: [http://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/15376/1/Informe complementario](http://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/15376/1/Informe%20complementario)
- Hammersley, R. (2008). *Drugs & Crime*. Cambridge: Polity Press.
- Insulza, J. M. (2013). *Organización de Estados Americanos*. Obtenido de El Problema de las Drogas en las Américas: http://www.pnsd.mssi.gob.es/novedades/pdf/OEAS_Informe.pdf
- Irarrázaval, M. (9 de Septiembre de 2012). *Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*. Obtenido de Sopnia: <http://www.sopnia.com/newsd.php?path=Socios%20en%20Acci%F3n&cid=16>
- Jelsma, M. (17 de diciembre de 2013). *"La JIFE contra Uruguay: el arte de la diplomacia"*. Obtenido de Translational Institute Drugs and Democracy: <http://www.druglawreform.info/es/weblog/item/5215-la-jifecontra-uruguay-el-arte-de-la-diplomacia>
- Jiang W., Zhang Y. et al. (2005). Cannabinoids promote embryonic and adult hippocampus neurogenesis and produce anxiolytic and antidepressant like effect. *Journal of Clinical Investigations*, 115, 3104-3116.
- Krause, M. (1999). Representaciones sociales del consumo de drogas en jóvenes. *Psyche*, 8(1), 93-99.
- Liccardo R. and Kilmer B. (2004), *Marijuana and Crime: Is There a Connection Beyond Prohibition?* (RAND Corporation Health Working Paper WR-125, Prepared for the National Institute on Drug Abuse, January 2004) available at http://www.rand.org/pubs/working_papers/2004/RAND_WR125.pdf

- Lynch ME, Campbell F. (2011). Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain: a systematic review of randomized trials. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 72, 735-744.
- MacCoun R. y Reuter P. (2011). Assessing drug prohibition and its alternatives: A guide for agnostics. *Annual Review of Law and Social Science*, 7, 61-78.
- Macdonald S, Hall W, Roman P, Stockwell T, Coghlan M, Nesvaag S. (2010) Testing for cannabis in the work-place: a review of the evidence. *Addict Abingdon Engl.*;105(3):408-416.
- Macleod J, Oakes R, Copello A, et al (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet Lond Engl.*;363(9421):1579-1588.
- McBride D, Van der Waal C, Terry-McElrath Y. (2001). *The Drugs-Crime Wars: Past, Present and Future directions in Theory, Policy and Program Interventions*. Washington DC: The National Institute of Justice.
- Mittleman MA, Lewis RA et al. (2001). Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation*, 103, 2805-09.
- Mönckeberg, F. (2014). Los pro y contra de la legalización de la marihuana. *Rev Chil Pediatr*, 85(2), 229-237.
- Monshouwer K., Van Dorseelaar S. et al. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. *British Journal of Psychiatry*, 188 (2), 148-53.
- Moreno, L. (2014). TTD: Iniciativa de alto vuelo a la que se le impide despegar. *Revista 93*, 36-39.
- Nazal, M. J. (2014). *Drogas y Alcohol; estudio de políticas públicas (1993-2014)*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso. Obtenido de <http:// analisispublico.administracionpublica-uv.cl/wp-content/uploads/2014/06/09-III.pdf>
- Nutt D., King L., et al. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- Ortiz N. y Silva M. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: Drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(Número especial), 903-911.
- Rogeberg, O. (2012). Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. *PNAS*, 110(11), 4251-4254.
- Schmitt-Hebbel K. y Guzmán E. (2013) "Reconociendo la derrota en la guerra contra las drogas: hacia la legalización". *95 propuestas para un Chile Mejor*. Cap. 18, pp. 328-340. Grupo Res Pública, Santiago, Chile.
- Segovia P. (2013). Evaluación de Diseño de la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 de Chile. *Acta Científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Obtenido de http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT16/GT16_SegoviaLagos.pdf
- Silins E, Horwood LJ, Patton GC, et al. (2014) Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*; 1(4):286-293.
- Shanahan M. y Ritter A. (2014). Cost Benefit Analysis of Two Policy Options for Cannabis: Status Quo and Legalisation. *Plos One*, 9(4); 1-12
- Valenzuela E. y Larroulet P. (2010). La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. *Estudios Públicos*, 119, 33-62.
- Velasco G, Sánchez C, Guzmán M. (2012). Towards the use of cannabinoids as antitumour agents. *Nature*, 12, 436-444.
- Volkow N., Baler R., Wilson M. et al. (2014) Adverse Health Effects of Marijuana Use. *The New England Journal of Medicine*, 370 (23); 2219-2227.
- Voirin, N., Berthiller, V., Benhaim-Luzon, V., Straif, B., Ayeb, F., & Sasco, A. (2006). Risk of lung cancer and past use of cannabis in Tunisia. *J Thorac Oncol*, 1, 577-579.
- Weiland B., Thayer R. et al. (2015). Daily Marijuana Use Is Not Associated with Brain Morphometric Measures in Adolescents or Adults. *The Journal of Neuroscience*, 35(4); 1505-1512.
- Yüel M., Salowij N. et al. (2008). Regional brain abnormalities associated with long term heavy cannabis. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 694-701.

Anexos

Anexo 1. Efectos físicos y psíquicos de las principales drogas de consumo en Chile.

A fin de desterrar los mitos que rondan respecto a los efectos de las drogas de consumo en el país, en las tablas 1 y 2, se expone un resumen de los efectos que producen algunas estas sustancias. Para el análisis hemos escogido las drogas ilícitas de consumo más frecuente en el país, a modo de establecer una comparación entre los efectos de éstas y los producidos por las drogas lícitas (tabaco y alcohol).

Tabla 1. Efectos del consumo de marihuana, cocaína y pasta base, según edad y hábito de consumo

EFFECTOS/TIPO DE DROGA	MARIHUANA	COCAÍNA	PASTA BASE
CONSUMO A CORTO PLAZO	<i>Físicos:</i> Disminuye coordinación motora, aumento en riesgo de lesiones, y dificulta acciones reflejas. <i>Psicológicos:</i> Afecta a la memoria, altera el juicio, aumenta exposición a conductas sexuales de riesgo, y en altas dosis produce paranoia y psicosis.	<i>Físicos:</i> Fuerte irritación nasal por aspiración, pupilas dilatadas, aumento del ritmo cardio respiratorio, de la temperatura corporal y sudoración. <i>Psicológicos:</i> Aumenta el estado de alerta y causa una sensación de euforia y elevada dependencia psicológica.	<i>Físicos:</i> Disminución de la fatiga, hiperexcitabilidad, reducción del sueño, inhibición del apetito e indiferencia sexual. <i>Psicológicos:</i> Transición desde una etapa inicial de euforia a una etapa de angustia, ansiedad y dependencia psicológica.
CONSUMO PROLONGADO	<i>Físicos:</i> Síntomas de bronquitis, aumento en el riesgo de cáncer de pulmón y riesgo de infarto al miocardio. Alto riesgo de adicción. (Mittleman MA, 2001 Berthiller J., 2008). <i>Psicológicos:</i> Adicción psicológica, incremento en síntomas de psicosis crónica.	<i>Físicos:</i> ulceración de la membrana nasal, hipertensión y alteraciones cardiovasculares con riesgo vital. Dependencia física. <i>Psicológicos:</i> cambios serios al sistema de gratificación del cerebro, provocando adicción. Desnutrición. Psicosis paranoica con episodios de alucinaciones.	<i>Físicos:</i> Adicción y cambios duraderos en las conexiones neuronales. <i>Psicológicos:</i> Adicción severa por alteración cerebral, Anorexia, conductas antisociales y violentas, psicosis y alucinaciones. Síntomas de abstinencia, depresión severa, irritabilidad e ideación suicida.
CONSUMO EN MENORES DE EDAD	<i>Físicos:</i> alteraciones en el desarrollo cerebral, dificultades cognitivas, adicción. <i>Psicológicos:</i> Menor rendimiento escolar y alta deserción. Además, aumenta el riesgo de esquizofrenia, de 2 a 4 veces en consumidores de marihuana que comenzaron durante su adolescencia. (Andréason S, Engstrom A. et al., 1987)	<i>Físicos:</i> Alteraciones en el sistema generador de memoria, con consecuente adicción. <i>Psicológicos:</i> Retardo en el desarrollo cognitivo como consecuencia del condicionamiento de la respuesta cerebral, con episodios de psicosis, trastornos de la motivación y otros síntomas debidos a la abstinencia	<i>Físicos:</i> Inhibición del apetito, desgano y agotamiento. Fuerte adicción física. <i>Psicológicos:</i> Deterioro grave de las funciones mentales, conductas agresivas antisociales, cuadros psicóticos, déficit de la memoria y el aprendizaje. Adicción.

Fuente: National Institute on Drug Abuse (NIDA). www.drugabuse.gov (Consultada el 13-04-2015).

Tabla 2. Efectos del consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) en el organismo humano, según edad y hábito de consumo

EFFECTOS/TIPO DE DROGA	ALCOHOL	TABACO
CONSUMO A CORTO PLAZO	Afecta la actividad cerebral temporalmente (cambios súbitos de humor), altera la acción de los neurotransmisores, provocando múltiples efectos (disminución del estado de alerta, cambios en los reflejos, en la visión, en la actividad muscular, pérdida del control motor, etc.)	Caries, halitosis, enfermedad periodontal, problemas de circulación sanguínea, daños a la piel.
CONSUMO PROLONGADO	Alta probabilidad de sangrado del esófago o del estómago. Inflamación y daños en el páncreas. Daño hepático y cirrosis. Desnutrición. Cáncer de esófago, hígado, colon, cabeza y cuello uterino, mamas y otras áreas. Hipertensión arterial, daño a la red nerviosa con consecuencias graves para la actividad del organismo. Altera la función renal, produce infertilidad. Alcoholismo. Agrava la depresión y genera tendencia al suicidio. motor, etc.)	Enfermedades pulmonares (asma, bronquitis crónica, enfisema, obstrucción pulmonar), cardiovasculares (infarto al miocardio, isquemia, aneurisma aórtico, etc.), predisposición a intolerancia a la glucosa, impotencia sexual, aumento en el riesgo de tuberculosis, elevado riesgo de cáncer, tabaquismo.
CONSUMO EN MENORES DE EDAD	Retardo en el desarrollo mental, síndrome de alcoholismo fetal (SAF), adicción. El consumo en mujeres embarazadas, alto riesgo de malformaciones fetales.	Tos, falta de aliento, agotamiento, dolores de cabeza, flema, bajas defensas, deterioro físico, deficiencia pulmonar, adicción a la nicotina. En mujeres embarazadas, riesgo de malformaciones fetales.

Fuente: National Institute on Drug Abuse (NIDA). www.drugabuse.gov (Consultada el 13-04-2015).

Como puede observarse, las drogas ilícitas no presentan efectos fisiológicos menos dañinos que las lícitas, por lo cual, falta considerar en el análisis otros aspectos de tipo social que hacen justificable esta distinción.

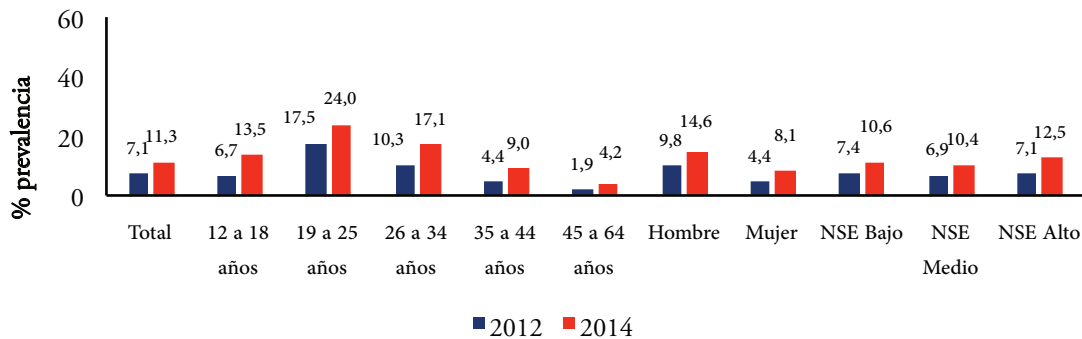
Anexo 2.

Prevalencia y percepción de riesgo por consumo de drogas en Chile

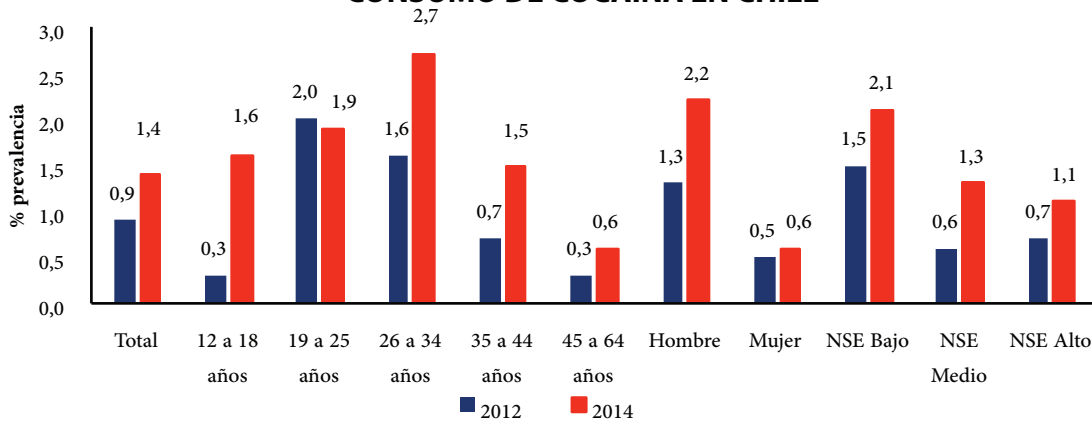
A modo de evaluación del impacto real que presentan las drogas de abuso en la población chilena, el SENDA realiza estudios cada dos años, tanto en la población escolar como en la población general de Chile. Los dos parámetros más importantes que se analizan

en estos estudios corresponden a los niveles de prevalencia (porcentaje de consumidores frecuentes de cada tipo de sustancia por edad, sexo y estrato socioeconómico) y percepción de riesgo (porcentaje de percepción de riesgo entre quienes se declaran consumidores de estas sustancias, agrupados según los mismos parámetros de la prevalencia) Los resultados más importantes en población general entre los últimos dos estudios (años 2012 y 2014) son presentados en las figuras 1 y 2.

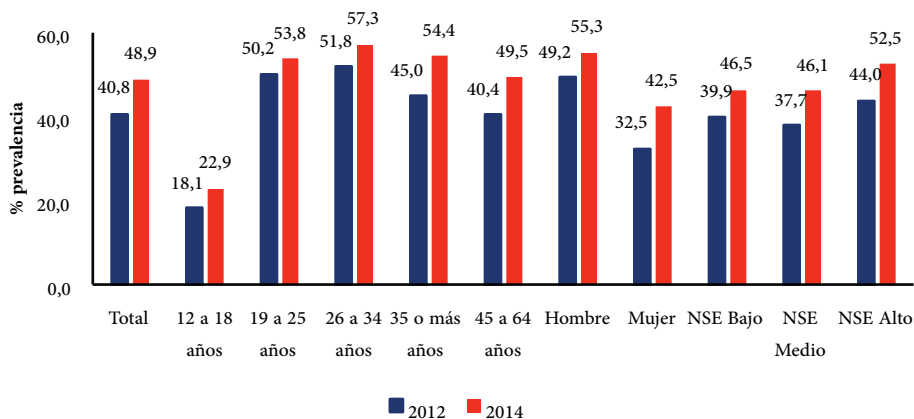
CONSUMO DE MARIHUANA EN CHILE



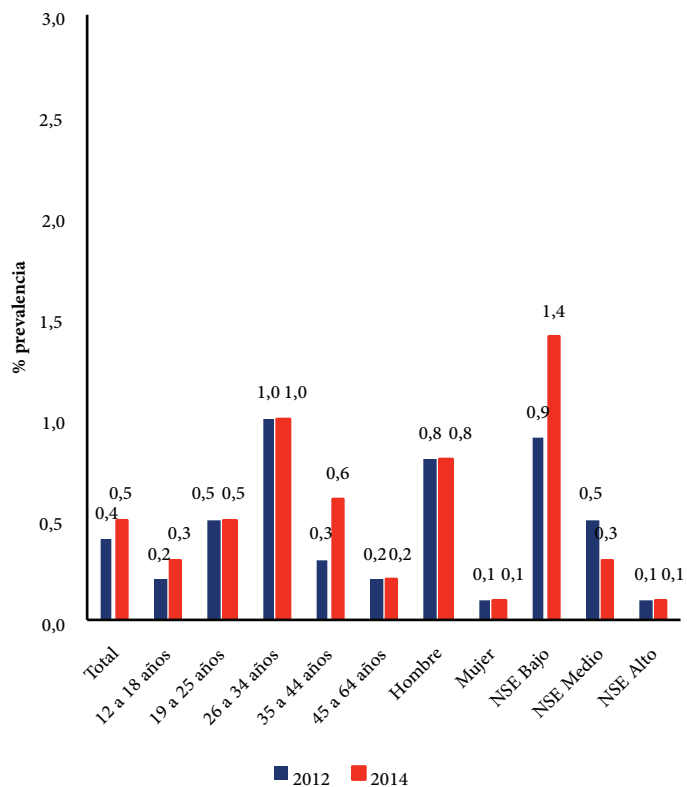
CONSUMO DE COCAÍNA EN CHILE



CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE



CONSUMO DE PASTA BASE EN CHILE



CONSUMO DE TABACO EN CHILE

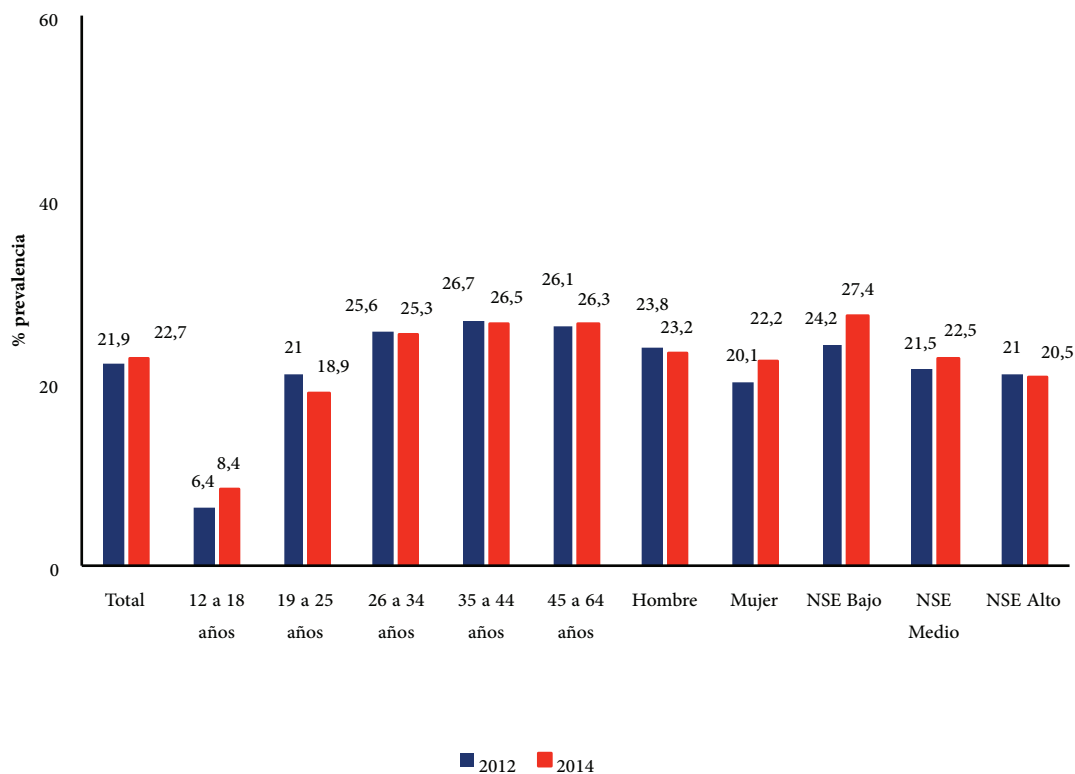
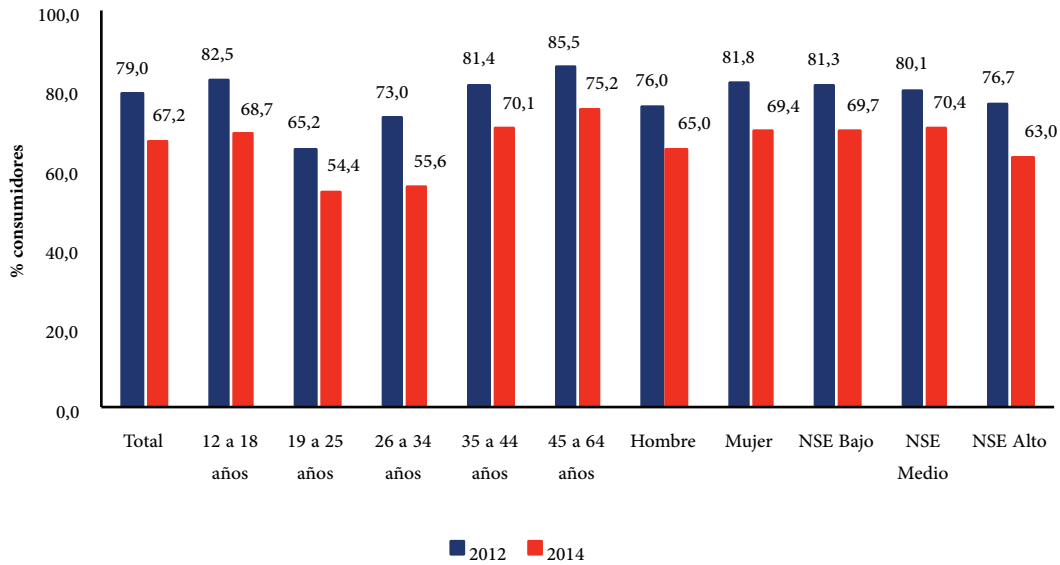
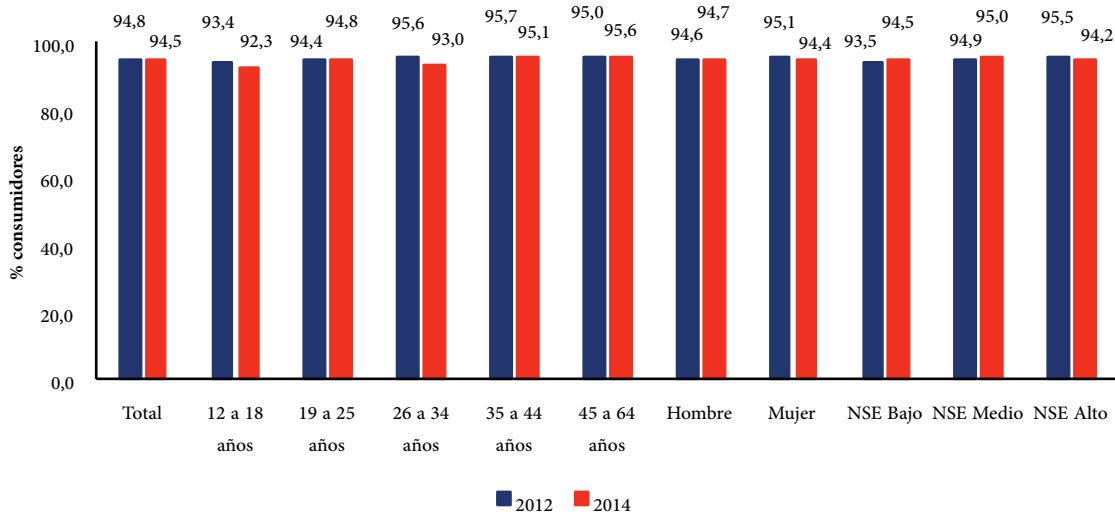


Figura 1. Prevalencia del consumo de drogas en la población general de Chile (2012-2014). Gráficos de elaboración propia en base a los datos del Décimo Primer Estudio de Drogas en Población General Chilena (2014), realizado por el SENDA. Los valores están expresados en porcentaje respecto del total de encuestados.

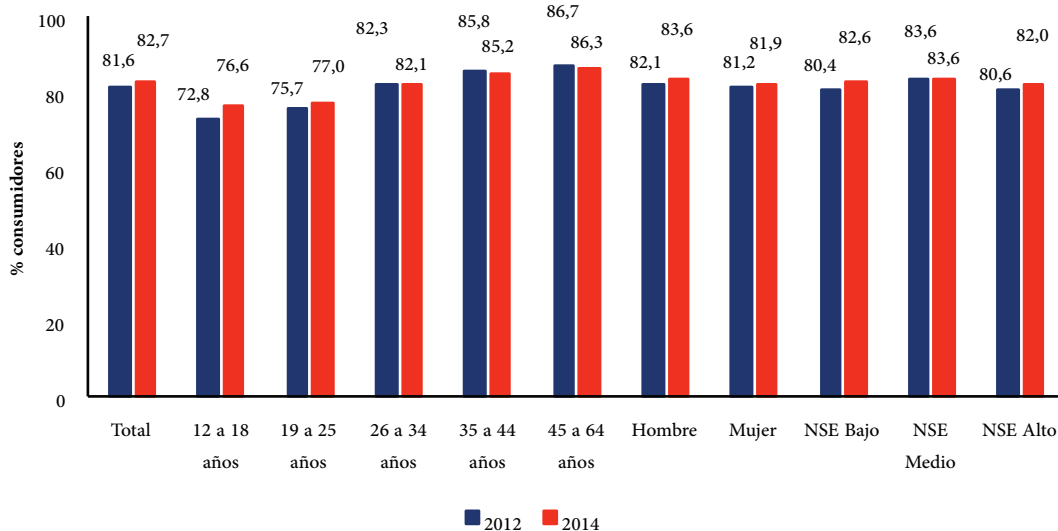
PERCEPCIÓN DE RIESGO CONSUMIDORES MARIHUANA



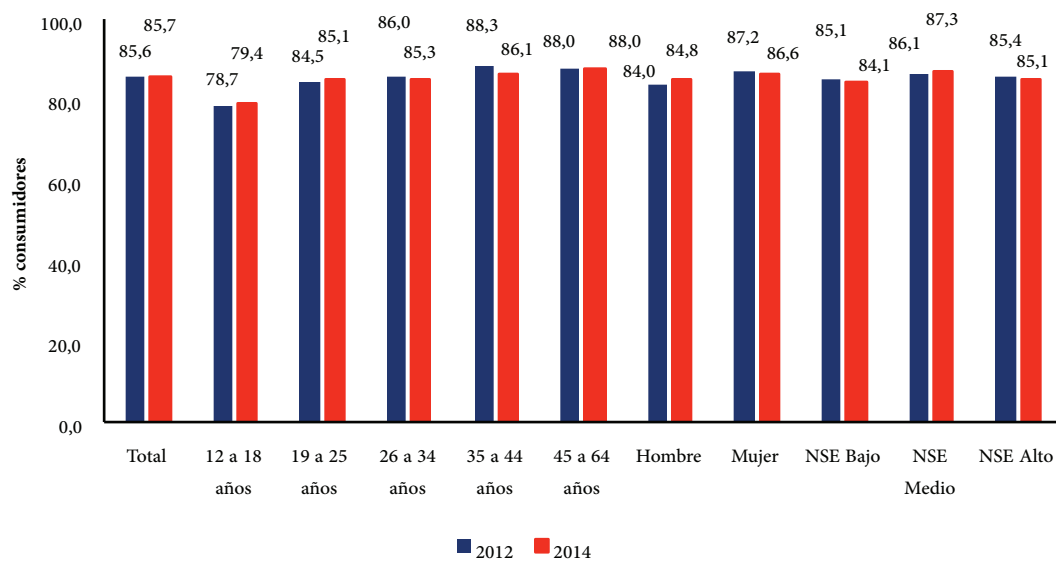
PERCEPCIÓN DE RIESGO CONSUMIDORES COCAÍNA



PERCEPCIÓN DE RIESGO CONSUMIDORES PASTA BASE



PERCEPCIÓN DE RIESGO CONSUMIDORES TABACO



PERCEPCIÓN DE RIESGO CONSUMIDORES ALCOHOL

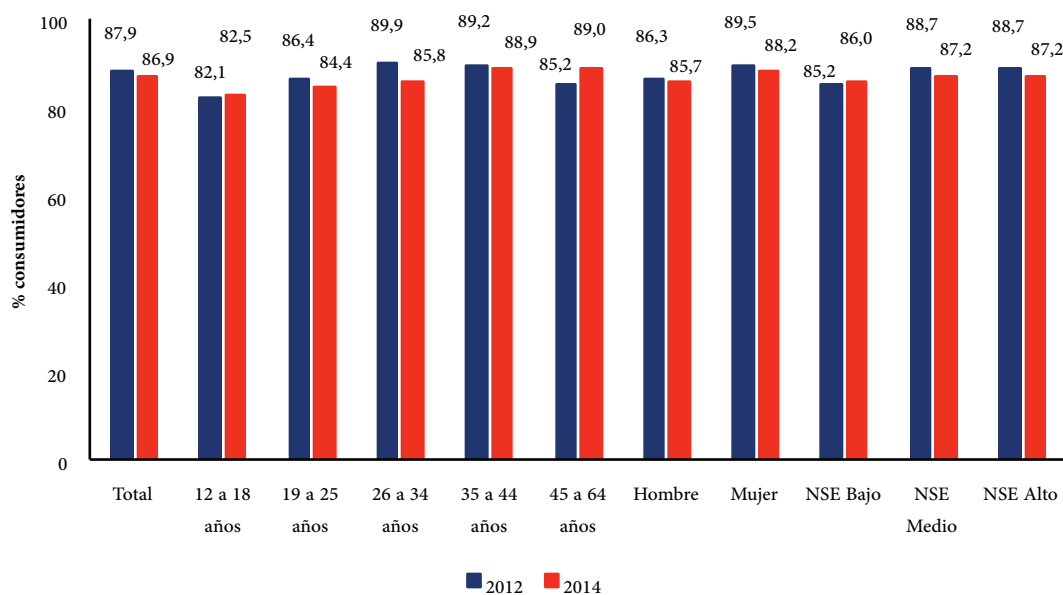


Figura 2. Percepción de riesgo asociado al consumo frecuente de drogas en la población general de Chile (2012-2014) Gráficos de elaboración propia en base a datos del Décimo Primer Estudio de Drogas en Población General Chilena, realizado por el SENDA. Los valores están expresados en porcentaje respecto del total de consumidores de la droga analizada. Nota: Los gráficos de esta serie no incluyen la percepción de riesgo asociada a pasta base.

Los resultados de estos estudios muestran un hecho preocupante: han aumentado las tasas consumo de todas las drogas de consumo preferente en Chile, mientras que la percepción de riesgo para cada una de ellas experimenta una fuerte disminución (salvo en el caso del tabaco). La diferencia más notoria se da en el caso de la marihuana: mientras la prevalencia de consumo ha aumentado casi al doble, la percepción de riesgo es la que presenta una disminución cercana al 20%, la mayor disminución entre

las drogas analizadas. Además, entre todas las drogas analizadas (lícitas e ilícitas), la marihuana es la que experimenta los niveles más altos de consumo y los más bajos de percepción de riesgo entre los consumidores frecuentes, seguida de la cocaína. No es casual el hecho que esta alza en el consumo y la baja en percepción de riesgo de la marihuana se da en un contexto en que, en base a antecedentes incompletos o argumentos del tipo emocional o ideológico, se promueve una visión más “amigable” de la marihuana, incluso beneficiosa. Por el contrario, en el caso del tabaco y el alcohol, los niveles de consumo presentan alzas no significativas o estabilización, mientras que los niveles de percepción de riesgo son muy altos, entre un 80 y un 90%. Estos valores son coherentes con campañas que tienden a regular, controlar y restringir el consumo de alcohol y tabaco en el país. Además, a excepción de la pasta base (con mayores índices en estrato bajo), el consumo

de las demás drogas no presenta mayores diferencias entre grupos socioeconómicos, aunque en el caso de la marihuana, tiende a ser levemente más alto en los grupos de mayores ingresos. Por ende, la explicación de las diferencias de consumo por clases sociales se podría encontrar más en las causas o motivaciones para el consumo, así como en el volumen y calidad del consumo de estas sustancias (ver texto central).

Anexo 3. Instituciones de rehabilitación

En Chile existen distintas organizaciones dedicadas a hacer frente

a la problemática de la drogadicción, con distintos enfoques, orientados a la prevención, al acompañamiento y al tratamiento de personas sometidas a situaciones de drogadicción. Hay muchas instituciones que participan en este proceso y se han integrado a la Estrategia Nacional de Drogas, colaborando con SENDA. Aquí expondremos algunas de las que tienen más incidencia lo largo del país, con cobertura nacional, y cuya visión del problema de la droga es semejante a nuestra propuesta.

Tabla 3. Organismos de prevención y rehabilitación por drogas

INSTITUCIÓN	OBJETIVO	CAMPO DE ACCIÓN
CORPORACIÓN LA ESPERANZA¹	Es una organización privada sin fines de lucro fundada en 1995. Se enfoca principalmente en tres aspectos: prevención del consumo de drogas (mediante Organismo Técnico de Capacitación), rehabilitación gratuita de adolescentes y adultos (hombres y mujeres), y la investigación sobre el consumo de drogas.	Para ello, el campo de acción donde la fundación realiza su labor es en educación, cultura, capacitación, trabajo (talleres laborales), salud y desarrollo comunitario.
FUNDACIÓN PARÉNTESIS²	Es una institución, nacida bajo el alero del Hogar de Cristo, que acoge y da atención especializada (residencial y ambulatoria) a personas con consumo problemático de drogas y alcohol, que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad social. Además, asesoran a distintas organizaciones y realizan programas de prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral, escolar o universitario.	El sello institucional está puesto en la justicia restaurativa como método alternativo de solución de conflictos, enfocándose desde la acogida, la dignificación personal y el desarrollo de habilidades que les permitan salir del contexto de extrema pobreza, en vez de abordar el problema desde una perspectiva penalcriminal. En 2013, el 71% de quienes participaron en los programas de atención a drogadictos mostraron logros de nivel medio y alto en sus objetivos terapéuticos.
CORPORACIÓN MAÑANA³	Esta corporación ha implementado un modelo distinto al que tradicionalmente se utiliza, pues su objetivo es la etapa posterior a la rehabilitación clínica.	Desarrollo de hábitos de autoayuda, responsabilidad y desempeño ocupacional, siendo esta la base para su empleabilidad en las empresas, y desde el ámbito laboral poder surgir como personas. Actualmente, en esta materia, tienen un convenio estratégico con SENDA.

Existen además otras instituciones a lo largo del país que se preocupan de la rehabilitación de consumidores de drogas, así como de

proyectos de prevención mediante la difusión, con impacto local, los cuales colaboran con la labor desarrollada por SENDA.

¹ Información obtenida del sitio web institucional: <http://www.corporacionesperanza.cl/>

² Información obtenida de la Memoria 2013 de Fundación Paréntesis, versión web: <http://www.fundacionparentesis.cl/wp-content/uploads/2014/10/Memoria2013.pdf>

³ Información obtenida del sitio web institucional: <http://www.corporacionmanana.cl>