

Política de drogas, legalización y reducción de daños

Robert L. DuPont, MD, y Eric A. Voth, MD

Las actuales opciones políticas sobre el consumo de drogas se revisan en el contexto histórico de los Estados Unidos. Una política restrictiva es un impedimento para el consumo de drogas y ayuda a reducir los costes y los problemas sociales relacionados con la droga. Aunque la legalización de las drogas podría reducir algunas de las consecuencias legales del consumo de drogas, un aumento del consumo de drogas conllevaría consecuencias perjudiciales.

Hay dos opciones políticas opuestas que dan forma al debate actual sobre cómo proceder en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas en los Estados Unidos¹. Una escuela de pensamiento, llamada “prohibición”, defiende la ampliación de los esfuerzos invertidos en la prohibición, el tratamiento y la prevención, dejando drogas como la marihuana, cocaína, LSD, y la heroína como ilegales. Un punto de vista conflictivo llamado “legalización” defiende la eliminación de la política restrictiva intentando limitar los daños asociados al consumo de drogas no médicas². La comprensión de la historia del control de drogas en los Estados Unidos sitúa en perspectiva el debate actual sobre las opciones de política relacionada con las drogas.

Antecedentes

La prohibición moderna de las drogas empezó en el siglo XIX cuando la industria química médica empezó a producir muchas drogas potentes que creaban hábito. Una de estas drogas fue la heroína, que se vendió por primera vez en los Estados Unidos en 1898. Estas drogas se vendían como artículos comerciales ordinarios junto a una nueva bebida popular que contenía cocaína: la coca-cola. En ese momento, los médicos prescribían libremente drogas adictivas a sus pacientes, generando de este modo un gran grupo de adictos médicos. Drogas como la cocaína se utilizó originalmente para aprobadas indicaciones médicas. Más tarde el consumo de drogas del público aumentó rápidamente hasta llegar al consumo compulsivo, la acti-

vidad ilegal para apoyar el uso no médico y el consumo en general a pesar de las claras consecuencias negativas médicas y sociales.

Esta era de venta y consumo indiscriminados de drogas adictivas finalizó en las dos primeras décadas del siglo XX con un nuevo contrato social incluido en el Pure Food and Drug Act de 1906³, que clasificó el etiquetado de las drogas. En 1914, la Harrison Narcotics Act⁴ prohibió la venta de narcóticos. La Volstead Act, junto con la enmienda 18 de la Constitución de 1919, prohibió la venta de alcohol. Estas leyes formaron parte de un movimiento más amplio de reforma en los Estados Unidos que también promovió el derecho al voto de las mujeres.

En base a este nuevo pacto social, las drogas que generaban hábito no estaban disponibles sino por prescripción médica; incluso entonces las drogas se usaron poco en el tratamiento de otras enfermedades excepto en la adicción. En 1933, se eliminó el alcohol de la lista de sustancias estrictamente controladas o prohibidas. En 1937, se añadió la marihuana a la lista de sustancias prohibidas debido a un aumento súbito del consumo⁵. La epidemia de droga empezó con la morfina y la heroína en la última década del siglo XIX y finalizó con un aumento espectacular del consumo de cocaína durante la primera década del siglo XX.

Este artículo se ha publicado en la revista del American College of Physicians en 1995.

El contrato social de regulación de drogas de abuso ayudó al país acabando casi con la primera epidemia de droga. Las leyes de control de drogas de los EEUU demostró ser un modelo en todo el mundo durante los dos primeros tercios del siglo XX. El uso de drogas que causan hábito, que había estado fuera de control al final del siglo XIX, fue espectacularmente reducido en los Estados Unidos entre 1920 y 1965⁵.

La nación se complació por el gran y prolongado éxito de esta política de abuso de drogas. Los líderes políticos y públicos de los Estados Unidos iniciaron un periodo de amnesia de las trágicas consecuencias del extendido consumo de drogas. En los años 1960, la mayoría de americanos no tenían memoria personal de la epidemia adictiva anterior. La estricta prohibición de drogas no alcohólicas fue muy respetada hasta que una predominante cultura joven integró las drogas como elemento central de sus nuevos estilos de vida.

La marihuana, los alucinógenos y la cocaína se empezaron a definir como “adictivos marginales” o drogas “blandas”⁶. Su consumo se convirtió en el foco de una llamada a la legalización basada en afirmaciones no demostradas de que estas drogas no eran peores que el alcohol o el tabaco. Ahora conocemos los problemas de salud y de adicción resultantes del uso de la cocaína, el crack y la marihuana y la extensa investigación sobre los efectos nocivos de muchas drogas son testimonio de la manera en que la sociedad se descarrió en los años 1960⁷. Estos efectos incluyen adicción, traumatismo en carretera, enfermedad, suicidio y efectos físicos negativos propios de las drogas⁸⁻¹⁵.

Legalización de drogas ilegales

Actualmente, el movimiento de legalización de las drogas ha ganado un modesto apoyo del público al intentar asociar los oponentes de la legalización de las drogas con las percepciones negativas del público sobre la prohibición del alcohol y a demás llamándoles prohibicionistas. En este artículo, definimos la prohibición como una política restrictiva que sostiene restricciones legales contra el uso o venta no médica de drogas adictivas, englobadas en el Controlled Substances Act ¹⁶.

Tabla 1. Consumo de drogas en los Estados Unidos*

Variable	Año		Reducción del consumo del consumo %
	1985	1993	
n †			
Drogas legales para los adultos:			
Alcohol	113	103	9
Cigarros	60	50	17
Drogas ilegales consumidas extensamente:			
Marihuana	18	9	50
Cocaína	6	1.3	78

* Adaptado de la referencia 20
 † Los valores se refieren al número (en millones) de personas que consumen las drogas listadas. Los datos reflejan el consumo durante un período de 30 días.

La legalización de las drogas no es una propuesta política pública ni simple ni singular. Por ejemplo, la legalización de las drogas podría, en un extremo implicar un retorno al libre acceso a todas las drogas para todas las personas, como se contempló al final del siglo XIX. La legalización parcial podría llevar a ciertos tipos de pacientes enfermos a obtener drogas actualmente ilegales. Esta legalización limitada podría incluir el mantenimiento de personas adictas a la heroína o su droga de elección, la distribución de agujas a los adictos sin pedirles que dejen de consumir drogas, o la flexibilización de las guías de sentencia por delitos relacionados con las drogas.

La mayoría de defensores de la legalización de las drogas pasan por alto la evidencia de una experiencia global negativa con las sustancias legales: tabaco y alcohol. Los datos sobre alcohol y tabaco apoyan la idea de que la legalización de las drogas conlleva un gran aumento del consumo de las drogas legales y unos costes sociales totales superiores. Estos costes añadidos se pagan principalmente en productividad perdida, enfermedad y muerte. En los Estados Unidos, anualmente entre 125.000 y 420.000 muertes son atribuidas al alcohol y al tabaco respectivamente. Cada año se producen menos de 10.000 muertes por la combinación de todas las drogas ilegales. Los costes sociales desprendidos del consumo de alcohol en los Estados Unidos se estiman en 86 billones de dólares,

mientras los costes anuales de la prohibición del consumo de drogas ilegales (incluyendo detención y encarcelamiento) son 58 billones^{17,18}. Los costes sociales del consumo de tabaco se estiman en 65 billones anuales¹⁷. Si uno de los objetivos de la política referente a las drogas es reducir el daño social resultante del consumo de drogas, entonces el alcohol y el tabaco deberían ser prioritarios dentro de esta estrategia.

Considerando el número de consumidores de drogas legales e ilegales en los Estados Unidos y las tendencias en las cifras de consumo desde 1985 hasta 1991 (Tabla 1), es evidente que la política de prohibición de drogas realmente ha mantenido bajos los niveles de consumo en comparación con la amplia disponibilidad de sustancias que generan hábito. Igualmente importantes son las cifras de consumo de drogas ilegales, que han disminuido más rápidamente que las de consumo de drogas legales¹⁹.

Se consiguió un progreso importante al reducir el consumo de drogas de los adolescentes entre 1978 y 1992 (Tabla 2). Este éxito se debió a un mensaje nacional relativamente claro y a amplios esfuerzos antidroga tanto en el sector público como privado. Desde 1992, el consumo de drogas entre adolescentes ha aumentado, y las actitudes hacia el consumo de drogas son de mayor aceptación²⁰. Aunque estos cambios tienen muchas causas, la reducción de los esfuerzos anti-droga desde el gobierno y los medios de comunicación y el aumento de las campañas en los medios de comunicación promoviendo las drogas han jugado su papel.

Reducción del daño

Aunque la reducción del daño causado por el consumo de drogas es un objetivo universal de todas las políticas sobre drogas, las propuestas políticas llamadas “de reducción de daños” incluyen un creativo cambio de nombre del desmantelamiento de las restricciones legales contra el consumo y la venta de drogas. Los componentes esenciales de las políticas de legalización se unen en este concepto. Mucha de la fuerza motriz subyacente al movimiento de reducción de daño se centra también en la elección personal y hábitos “seguros” del consumo de drogas²¹.

Paradójicamente, algunas tentativas políticas públicas de reducir los daños asociados con el consumo de alcohol y tabaco, implican restricciones extremas en la legislación de conductores intoxicados y restricciones en el fumar²², mientras las propuestas actuales de reducción del daño generalmente implican flexibilizar las restricciones del consumo de drogas ilegales.

Las propuestas actuales de reducción de daño para drogas a parte del tabaco o el alcohol, se centran en la reducción o eliminación de penas por delitos relacionados con la droga, suavizando las guías de sentencia, proporcionando programas de mantenimiento para la adicción y programas de intercambio de agujas para los consumidores de drogas de inyección, y eliminando los programas de detección de drogas en el trabajo²³. No se ha establecido la eficacia de estas propuestas.

Tal como se presenta en el debate político actual, la política de reducción del daño también intenta mitigar los efectos negativos del consumo no médico de drogas sin reducir el uso de drogas ilegales. La política se basa en la asunción de que la mayor parte del daño causado por las drogas no médicas son resultado mas por los esfuerzos de la sociedad para detener el consumo de drogas que por el resultado del propio consumo de drogas. Generalmente se considera que estos daños se asocian con los arrestos y las consecuencias legales de la conducta ilegal, y con el encarcelamiento²⁴. Los defensores de la reducción del daño sostienen que esencialmente los consumidores inocentes de drogas son el objetivo de la prohibición; sin embargo, solo el 2% de los presos federales son encarcelados por crímenes relacionados con la posesión de drogas en comparación con el 48% encarcelado por tráfico de drogas. A pesar del claro efecto reductor sobre las penas legales, algunos resultados positivos pueden atribuirse al sistema de justicia criminal. Por ejemplo, el 35% de personas encarcelados por delitos relacionados con las drogas recibe, durante la prisión, tratamiento de desintoxicación²⁵.

En los Países Bajos, un modelo internacional de la despenalización y la reducción del daño, han asociado la despenalización con un aumento del crimen y del consumo de drogas.

Tabla 2. Cifras del consumo de marihuana en los estudiantes del último curso de instituto

Frecuencia de consumo	Año							
	1978	1986	1987	1988	1991	1992	1993	1994
	←————— % —————→							
Últimos 12 meses	50.2	39	36	33.1	23.9	21.9	26	30.7
Últimos 30 días	37.1	23.4	21	18	13.8	11.9	15.5	19
Diario	10.7	4.0	3.3	2.7	2.0	1.9	2.4	3.6

* Adaptado de la referencia 20.

Entre 1984 y 1992, el consumo de cannabis entre los estudiantes de los Países Bajos aumentó el 250%. Entre 1988 y 1993, el número de adictos registrados aumentó un 22%. El número de adictos a la marihuana aumentó un 30% entre 1991 y 1993, reflejando también la descriminalización de la marihuana. Como vemos en los Estados Unidos, los daños del aumento del consumo de drogas son inferiores a los daños de solo el consumo. Desde que la política de tolerancia fue instituida en los Países Bajos, los disparos han aumentado un 40%, los asaltos han aumentado un 69% y los robos de coche un 62% (Gunning KF. Comunicación personal).

En los Estados Unidos, se experimentó en un corto periodo de tiempo con la despenalización de la marihuana. Esta política supuso un aumento estadísticamente significativo del número de urgencias relacionadas con la marihuana en comparación con otras áreas metropolitanas en las que el consumo de marihuana no estaba despenalizado²⁶.

La política actual persigue frenar el consumo de drogas y sus daños asociados para ello utilizan el sistema legal y otros métodos como evaluación y tratamiento de drogas en el puesto de trabajo para reducir el consumo de drogas no médicas. En contraposición a los defensores de la reducción del daño o legalización, los defensores de la política restrictiva actual enfatizan en que la mayoría del daño relacionado con la droga lo causa el consumo de drogas y no únicamente su prohibición²⁷.

Los dos grupos tienen un punto en común en el apoyo de la educación sobre las drogas y el tratamiento de la desintoxicación. Los defensores de la política restrictiva educan hacia la completa evitación del consumo de drogas no médicas, y los defensores de la reducción del daño abo-

gan por la enseñanza del “consumo responsable” de las drogas actualmente ilegales. Muchos defensores de la reducción del daño admiten que persiguen la legalización definitiva de las drogas ilegales, especialmente de la marihuana. Algunos defensores de la reducción del daño defienden esta política porque la despenalización aliviaría la presión legal sobre su propio consumo de drogas. Estas personas persiguen manipular la política de drogas para justificar sus propias conductas de consumo de drogas.

Claramente, todas las formas de legalización, incluyendo la reducción del daño, son estrategias dirigidas a suavizar las actitudes pública y gubernamental contra el consumo de drogas no médicas y la disponibilidad de las drogas actualmente ilegales.

Costes de la política de drogas

Los defensores de la legalización indicaron correctamente que la prohibición del consumo de nuestras drogas actualmente ilegales es caro. Las fuentes de costes generales producidas por el consumo de drogas legales se muestran en la Tabla 3. Estos datos muestran también que la política restrictiva mueve los costes de consumo de drogas relacionados con la salud y la productividad hacia el sistema jurídico criminal.

Ampliar una política restrictiva ensanchando la disponibilidad de tratamiento de desintoxicación para los adictos puede ser beneficioso y coste-eficaz. Un reciente estudio de RAND²⁸ estima que los actuales costes sociales y costes reales del control del consumo de cocaína suponen 42 billones de dólares anuales. (13 billones de dólares los costes de control y 29 billones los costes sociales). Este estudio también estimó que el coste neto de los costes sociales y de control relacionados con la cocaína podrían reducirse a 33.9 billones de dólares manteniendo la aplicación de las políticas actuales y añadiendo el tratamiento de todos los adictos. El estudio RAND concluyó que el tratamiento es eficaz en la reducción de los costes sociales no sólo mediante la reducción de la demanda de drogas sino también alejando al adicto del consumo de drogas durante periodos sostenidos de tiempo.

Los defensores de la política restrictiva deben reconocer que sólo la prohibición no elimina ni el consumo

drogas prohibidas ni el alto coste social que resulta del consumo de las mismas. Además, la prohibición de drogas alcanza sus objetivos con un coste importante, en forma de mantenimiento del sistema jurídico criminal y de restricción de alternativas personales. Prohibir el consumo de algunas drogas es innegablemente costoso; sin embargo, dado que el nivel global de consumo de drogas y los costes sociales totales resultantes del mismo se ven reducidos, esta prohibición merece su coste.

Opciones políticas

Ante el rango de opciones disponibles entre las políticas de legalización y prohibición, es importante tener en cuenta el panorama político global. Debemos plantearnos si la prohibición del consumo de algunas drogas es eficaz en la reducción de costes o “daños” y si la política restrictiva es coste-eficaz. Dos modelos políticos ayudan a responder estas preguntas.

El primer modelo examina la vida en los Estados Unidos hace 100 años, un tiempo en el que las drogas que crean hábito se vendían como la pasta de dientes o los caramelos. Al final del siglo XIX, los americanos consideraron que los problemas que la libre disponibilidad de drogas adictivas generaba eran inaceptables. En el contexto del debate político actual debemos recordar que las políticas de prohibición fueron el resultado de un clamor independiente contra los graves efectos negativos del consumo incontrolado de drogas. En otras palabras, la prohibición de marihuana, heroína y cocaína no causaron un extenso consumo de drogas en los Estados Unidos. Más bien. El extenso consumo de estas drogas causó su prohibición. Además, la prohibición de drogas no alcohólicas tuvo éxito al reducir el consumo de drogas y fue apoyada casi universalmente por todos los partidos políticos en los Estados Unidos y en todo el mundo durante medio siglo.

Mientras duró, la prohibición del alcohol también tuvo gran éxito desde la perspectiva sanitaria. Por ejemplo, el número de muertes por cirrosis hepática decreció de 29.5/100.000 personas en 1911 a 10.7/100.000 en 1929. Las admisiones en hospitales psiquiátricos por psicosis alcohólicas disminuyó de 10/100.000 personas

Tabla 3. Costes económicos de la adicción en los Estados Unidos en 1990*

Variable	Drogas ilegales	Alcohol	Tabaco
Coste total, en \$	66.9	98.6	72
Atención médica \$ (%)	3.2 (4.8)	10.5 (10.7)	20.2 (28)
Productividad pérdida \$ (%)	8.0 (11.9)	36.6 (37.1)	6.8 (9.0)
Muerte \$ (%)	3.4 (5.1)	33.6 (34.1)	45 (63.0)
Crimen \$ (%)	46.0 (68.8)	15.8 (16.0)	0.0 (0.0)
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida \$ (%)	6.3 (9.4)	2.1 (2.1)	0.0 (0.0)

* Adaptado de la referencia 17. Los costes se expresan en billones de dolares

en 1919 a 4.7/100.000 en 1928²⁹. El mayor fracaso de la prohibición del alcohol fue su intento de eliminar la disponibilidad del alcohol del público tras haber sido legal, aceptado y profundamente integrado en la sociedad durante muchos años. Las drogas actualmente ilegales no comparten el mismo nivel de aceptación e integración.

El segundo modelo de política de drogas compara los costes generados por las drogas, que son actualmente legales para los adultos, con los costes de las que no lo son. Esto acarrea la comparación de los costes sociales resultantes del consumo de alcohol y tabaco (drogas legales) con los costes del consumo de marihuana, cocaína, heroína y otras drogas ilegales. El alcohol y el tabaco producen más daño que todas las drogas ilegales combinadas debido a su extenso consumo, y su consumo es tan extenso porque son legales. Como sustancias legales, disfrutaban de amplia aceptación social, publicidad y glorificación. La experiencia nacional con el alcohol y el tabaco no representa una alternativa atractiva a la prohibición del consumo de drogas que se practica actualmente en los Estados Unidos y en otros países.

Dado que el alcohol y el tabaco están profundamente integrado en la sociedad, prohibir su consumo es un objetivo políticamente no realista. Sin embargo, restricciones mayores en el consumo de alcohol y tabaco, como la supresión total de publicidad, impuestos elevados, restricción de las áreas en que se permite fumar, programas de

conducción, y obligaciones por parte de los fabricantes y distribuidores de estos productos, se muestran prometedoras en la reducción del daño producido por estas drogas legales²³.

Recomendaciones

La pregunta política pertinente es si la legalización o la reducción de las restricciones de la disponibilidad de las drogas aumentaría el número de consumidores de drogas y el daño social total producido por el consumo de drogas actualmente ilegales. Los datos disponibles muestran que la legalización aumentaría el consumo de drogas actualmente prohibidas^{3,20,27}.

La legalización o despenalización genera un riesgo particular entre las personas jóvenes, cuya adaptación social y maduración todavía no se ha completado. Este hecho puede desprenderse comparando los niveles de consumo de drogas actualmente legales (alcohol y tabaco) entre los jóvenes con los niveles de consumo de drogas ilegales. El consumo de todas estas drogas es ilegal para los jóvenes, pero las drogas que son legales para los adultos son más consumidas por los jóvenes que las drogas que son ilegales tanto para los adultos como para los jóvenes (Tabla 4).

Hoy en día no necesitamos dismantelar las políticas restrictivas. Más bien, una política nacional firme debería perseguir la reducción del daño del consumo de drogas mediante la prevención del daño (por ejemplo, creando programas de prevención de drogas) y eliminación del daño (implementando más esfuerzos de prohibición y rehabilitación)³⁰⁻³². Esta nueva política debería fortalecer los esfuerzos para reducir el consumo de alcohol y tabaco así como el de las drogas actualmente ilegales. Dicha política debería dirigirse a las personas especialmente vulnerables de la comunidad, con especial énfasis en los jóvenes.

Si las personas que buscan la reforma de la política de drogas y la reducción del daño son sinceras en su intento, centrarán sus esfuerzos en el alcohol y el tabaco, sustancias para las que la “reducción del daño” es ampliamente necesaria, y dejarán las drogas actualmente ilegales como

Tabla 4. Prevalencia del consumo de drogas en los Estados Unidos en los estudiantes del último curso de instituto

Droga	Consumo a lo largo de la vida	Últimos 30 días
	%	
Cualquier droga ilegal	43	18
Mariguana	35	16
Cocaína	6	1.3
Alcohol	87	51
Cigarrillos	62	30

* Adaptado de la referencia 20

ilegales. A menos que aquellos que defienden la reducción del daño se inclinen hacia la prevención y la eliminación del daño, los costes globales asociados con cualquier forma de consumo de drogas seguirán aumentando. La flexibilización de las políticas restrictivas del consumo de las drogas actualmente ilegales únicamente debería ser considerada en el contexto de programas que puedan primero probar reducciones drásticas y duraderas en el consumo de alcohol y tabaco. La verdadera reducción del daño implica la prohibición de drogas ilegales a la vez que se trabaja en la prevención y el tratamiento de su consumo. No necesitamos nuevos experimentos que nos digan lo que ya hemos aprendido de la legalidad del alcohol y el tabaco. Estos experimentos ya han sido llevados a cabo con el coste de mucho sufrimiento humano.

Demandas de reimpresión: Eric A. Voth, MD, The International Drug Strategy Institute, 901 SW Garfield Avenue, Topeka, KS 66606.

Dirección actual del autor: Dr. DuPont: Institute for Behavior and Health, Inc., 6191 Executive Boulevard, Rockville, MD 20852.

Dr. Voth: The International Drug Strategy Institute, 901 Garfield, Topeka, KS 66606.

BIBLIOGRAFIA

1. **De Leon G.** Some problems with the anti-prohibitionist position on legalization of drugs. *J Addict Dis.* 1994;13:35-57.
2. **U.S. General Accounting Office, General Government Division.** Confronting the drug problem-debate persists on enforcement and alternative approaches. GAO/GGD-93-92. Report to the chairman, Committee on Government Operations, House of Representatives, Washington, DC: United States General Accounting Office, General Government Division;1993.
3. Pure Food and Drug Act of 1906. Public Law 59-384.
4. Harrison Narcotics Act. Public Law 63-47.
5. **Musto DF.** *The American Disease: Origins of Narcotic Control.* New York: Oxford Univ Pr; 1987.
6. **Brecher EM.** Licit and illicit drugs. Boston: Little, Brown;1972:267-306, 335-451.
7. **U.S. Department of Health and Human Services.** Drug Abuse and Drug Abuse Research: The Third Triennial Report to Congress from the Secretary, Department of Health and Human Services. DHHS Publication no. (ADM) 91-1704. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 1991.
8. **Berman AL, Schwartz RH.** Suicide attempts among adolescent drug users. *Am J Dis Child.* 1990;144:310-4.
9. **Rivara FP, Mueller BA, Fligner CL, Luna G, Raisys VA, Copass M, et al.** Drug use in trauma victims. *J Trauma.* 1989;29-462-70.
10. **Soderstrom CA, Dischinger PC, Smith GS, McDuff DR, Hebel JR, Gorelick DA.** Psychoactive substance dependence among trauma center patients. *JAMA.* 1992;267:2756-9.
11. **Committee on Drug Abuse of the Council on Psychiatric Services.** Position statement on psychoactive substance use and dependence: update on marijuana and cocaine. *Am J Psychiatry.* 1987;144:698-702..
12. **Polen MR, Sidney S, Tekawa IS, Sadler M, Friedman GD.** Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco. *West J Med.* 1993;158:596-601.
13. **Nahas G, Latour C.** The human toxicity of marijuana. *Med J Aust.* 1992;156:495-7.
14. **Schwartz RH.** Marijuana: an overview. *Pediatr Clin North Am.* 1987;34:305-17.
15. Marijuana: its health hazards and therapeutic potentials. Council on Scientific Affairs. *JAMA.* 1981;246:1823-7.
16. Controlled Substances Act of 1970. 21 U.S.C. 811.
17. **Horgan CM.** Institute for Health Policy, Brandeis University, Substance Abuse: The Nation's Number One Health Problem- Key Indicators for Policy. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 1993.
18. **U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.** The cost of illegal drug use. In: *Drugs, Crime, and the Criminal Justice System.* NCJ-133652, 126-127. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics;1992.
19. **National Institute on Drug Abuse.** National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings. DHHS Publication No. (SMA) 93-1980. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies; 1993.
20. **U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.** National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study 1975-1993. NH Publication No. 94-3809. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1994.
21. **Erickson PG.** Prospects of harm reduction for psychoestimulants. In: Heather N, ed. *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science.* London: Whurr; 1993:196.
22. **Gostin LO, Brandt AM.** Criteria for evaluating a ban on the advertisement of cigarettes. Balancing public health benefits with constitutional burdens. *JAMA.* 1993;269:904-9.
23. **Nadelman E, Cohen P, Locher U, Stimson G, Wodak A, Drucker E.** Position paper on harm reduction. In: *The Harm Reduction Approach to Drug Control: International Progress.* New York: The Lindesmith Center; 1994.
24. **Kleiman MA.** The drug problem and drug policy: what have we learned from the past four years. Testimony to the U.S. Senate Committee of the Judiciary;29 April 1993.
25. **Maguire K, ed.** *Sourcebook of Criminal Statistics Bureau of Justice Statistics.* Washington DC: U.S. Department of Justice; 1992:491.
26. **Model KE.** The effect of marijuana decriminalization on hospital emergency room drug episodes: 1975-1978. *Journal of the American Statistical Association.* 1993;88:737-47.
27. **Kleber HD.** Our current approach to drug abuse-progress, problems, proposals, *N Engl J Med.* 1994;330:361-5.
28. **Rydel CP, Everingham SS.** *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs,* Santa Monica, CA.: RAND; 1994.
29. **Gold MS.** *The Good News about Drugs and Alcohol.* New York: Villanrd Books;1991:245.
30. Drug abuse in the United States. Strategies for prevention. *JAMA.* 1991;265:2102-7.
31. **Romer D.** Using mass media to reduce adolescent involvement in drug trafficking. *Pediatrics.* 1994;93:1073-7.
32. **Voth E.** The war on drugs: time to relocate the battlefield? (Letter). *JAMA.* 1995;273:459.

