

Estrategia Nacional para el Control de las Drogas

The White House
February 2002

TO THE CONGRESS OF THE UNITED STATES:

I am pleased to transmit the 2002 National Drug Control Strategy, consistent with the Office of National Drug Control Policy Reauthorization Act of 1998 (21 U.S.C. 1705).

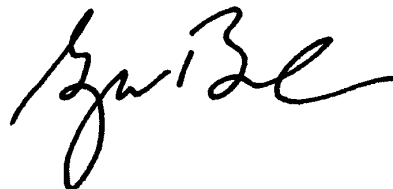
Illegal drug use threatens everything that is good about our country. It can break the bonds between parents and children. It can turn productive citizens into addicts, and it can transform schools into places of violence and chaos. Internationally, it finances the work of terrorists who use drug profits to fund their murderous work. Our fight against illegal drug use is a fight for our children's future, for struggling democracies, and against terrorism.

We have made progress in the past. From 1985 to 1992, drug use among high school seniors dropped each year. Progress was steady and, over time, dramatic. However, in recent years we have lost ground. This Strategy represents the first step in the return of the fight against drugs to the center of our national agenda. We must do this for one great moral reason: over time, drugs rob men, women, and children of their dignity and of their character.

We acknowledge that drug use among our young people is at unacceptably high levels. As a Nation, we know how to teach character, and how to dissuade children from ever using illegal drugs. We need to act on that knowledge.

This Strategy also seeks to expand the drug treatment system, while recognizing that even the best treatment program cannot help a drug user who does not seek its assistance. The Strategy also recognizes the vital role of law enforcement and interdiction programs, while focusing on the importance of attacking the drug trade's key vulnerabilities.

Previous Strategies have enjoyed bipartisan political and funding support in the Congress. I ask for your continued support in this critical endeavor.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "GWB", is positioned above the White House text.

THE WHITE HOUSE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	página 1
--------------	----------

PRIORIDADES NACIONALES	página 7
------------------------	----------

I Detener el uso antes de que comience: educación y acción comunitaria	página 8
II La curación de los usuarios de drogas en los Estados Unidos: llevar los recursos de tratamiento allí donde se necesitan	página 12
III Perturbación del mercado: ataque a las bases económicas del comercio de las drogas	página 20

APÉNDICES	página 29
-----------	-----------

A Resumen del presupuesto nacional para el control de las drogas	página 21
B Reestructuración del presupuesto nacional para el control de las drogas	página 35
C Reconocimientos	página 37
D Datos relacionados con las drogas	página 43
E Lista de siglas	página 119

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2001, la Universidad de Michigan publicó su encuesta anual, “*Vigilancia del futuro*” (*Monitoring the Future*), en la que se cuantifica el uso de las drogas entre los jóvenes estadounidenses. Pocos son los cambios respecto al informe del año anterior; la mayoría de los indicadores permanecieron estables. El informe generó pocos comentarios públicos.

No obstante, lo señalado por la *Vigilancia del futuro* fue preocupante. Si bien el uso de las drogas entre los alumnos de los grados 8vo, 10mo y 12do permanece estable, esos niveles están cercanos a niveles récord altos. Más del 50% de los que cursan el último año de la escuela secundaria han experimentado con drogas ilegales al menos una vez antes de graduarse. Y durante el mes anterior a la encuesta, el 25% de esa población usó drogas ilegales y el 32% señaló que se había embriagado al menos una vez.

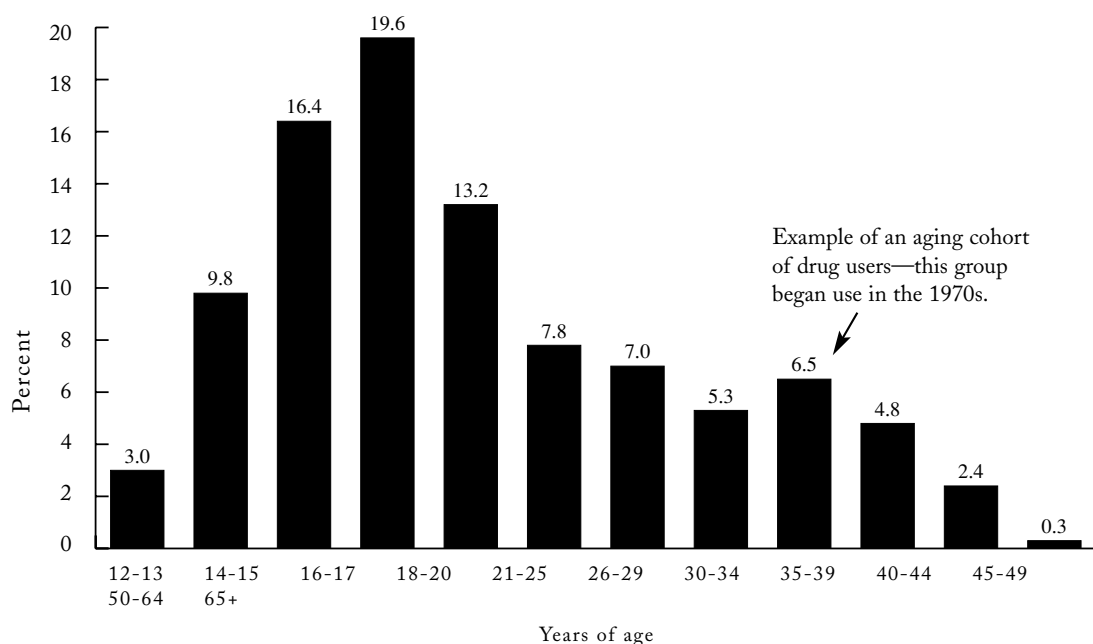
Eso no es nada nuevo. De hecho, el uso de las drogas entre nuestros jóvenes se ha mantenido a niveles inaceptablemente elevados durante la mayor parte del último decenio. Al igual que en los años sesenta y setenta, el uso de las drogas se ha convertido en algo más aceptable para nuestra juventud.

Como señalan con tesón los tal llamados “reformadores” de la política sobre drogas, las personas que usan marihuana o cocaína una o dos veces no necesariamente pasan a una vida de adicción a las drogas; así como no todos los adolescentes que manejan en estado de embriaguez terminan en la sala de emergencias. Sin embargo es elevado el porcentaje que continúa usando drogas. Los datos recientes del Centro Nacional sobre Adicción y Abuso de Sustancias Psicoactivas de la Universidad de Columbia muestran que cerca del 60% de los niños que prueban la cocaína o el LSD durante la escuela secundaria siguen usándolos para el momento de la graduación.

Aun cuando no establecen una relación causal, otros datos del Centro muestran que un joven que fume marihuana tiene una probabilidad ochenta y cinco veces mayor de probar la cocaína. Los datos de otro estudio muestran que mientras más temprano se inicie el uso de las drogas, mayor es la probabilidad de que se desarrolle, con posterioridad, un problema con los mismos. Según la última “*Encuesta Nacional de Hogares sobre el Abuso de las Drogas*” (*National Household Survey on Drug Abuse*), los adultos que usaron por primera vez la marihuana a la edad de 14 años o antes, tienen una probabilidad cinco veces mayor de ser clasificados como dependientes o adictos a las drogas que los adultos que usaron la marihuana por primera vez a los 18 años de edad o más. Y si la experiencia de largo plazo de muchos de los nacidos inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial (refiérase a la Figura 1 en la página siguiente) es válida para los adolescentes de hoy (sospecha reforzada por descubrimientos recientes en el campo de las imágenes cerebrales), las consecuencias del uso de las drogas por esos adolescentes se harán sentir durante muchos decenios.

Ése es el desafío enorme que enfrenta nuestra nación. El uso de las drogas entre los adolescentes de hoy amenaza con tener repercusiones por muchos años en campos tan disímiles como las tasas delictivas, el éxito de nuestras universidades, la productividad de nuestra base industrial y la cohesión de nuestras familias.

Hoy es más que aceptado que las consecuencias individuales del uso de las drogas pueden ser mortales, hecho que representa un avance respecto a los decenios anteriores cuando las drogas se consideraban como una puerta hacia la iluminación o por lo menos, como una diversión inocua. Pero las consecuencias para la sociedad no son menos graves. Aun cuando el decirlo se considere pasado de moda en algunos círculos, la tolerancia del uso de las drogas es particularmente corrosiva para cualquier pueblo que se gobierne a sí mismo.

Figure 1: Drug Use Varies by Age but the Cohort Effect Lasts a Lifetime**Percentage Reporting Past Month Use of an Illicit Drug**

Source: 2000 National Household Survey on Drug Abuse

Las democracias sólo pueden florecer cuando los ciudadanos valoran su libertad y aceptan la responsabilidad personal. El uso de las drogas erosiona la capacidad del individuo para lograr ambos ideales. Disminuye la capacidad del individuo para funcionar con efectividad en muchas de las esferas de la vida: como estudiante, como progenitor, como cónyuge, como empleado e incluso como colega o como uno de tantos conductores de vehículos. Y si bien hay quienes sostienen que el uso de las drogas representa una expresión de autonomía individual, de hecho es enemigo de la libertad personal y reduce la capacidad de participar en la vida de la comunidad y en la promesa que son los Estados Unidos.

El presidente Bush afirmó: “Tenemos que reducir el uso de las drogas por una muy importante razón moral: con el pasar del tiempo, las drogas despojan a los hombres, a las mujeres y a los niños de su dignidad y de su solvencia moral. Las drogas ilegales son enemigas de la ambición y de la esperanza. Al luchar contra las drogas, luchamos por el alma de nuestros conciudadanos”.

Por desgracia, muchos de nuestros conciudadanos están hundidos en una vida de drogas. Las cerca de cuatrocientos setenta salas de emergencias hospitalarias participantes en la Red de Advertencia del Uso de las Drogas nos dan una idea del alcance del problema: cada año se tratan cerca de 175.000 incidentes relacionados con la cocaína en las salas de emergencias, mientras que los casos relacionados con la heroína y la marihuana casi alcanzan los 97.000 para cada una de ellas. Según las estimaciones generadas por la *Encuesta de Hogares*, 2,8 millones de estadounidenses son “dependientes” de las drogas ilegales, mientras que 1,5 millones adicionales caen en la categoría menos grave de “usuarios abusivos”. Con el transcurrir del tiempo, las drogas transformarán a esas personas, de ciudadanos productivos a adictos. Como nación tenemos que unirnos para iniciar la larga y desafiante tarea de devolverlos a una vida saludable.

METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL CONTROL DE LAS DROGAS

Metas bienales: Una reducción del 10% en el uso actual de drogas ilegales por el grupo de personas entre 12 y 17 años de edad.

Una reducción del 10% en el uso actual de drogas ilegales por adultos de 18 años o más.

Metas quinquenales: Una reducción del 25% en el uso actual de drogas ilegales por el grupo de personas entre 12 y 17 años de edad.

Una reducción del 25% en el uso actual de drogas ilegales por adultos de 18 años o más.

El avance logrado respecto a todas las metas se medirá a partir de la línea de base establecida por la Encuesta Nacional de Hogares sobre el Abuso de las Drogas - 2000. Todas las metas de la estrategia persiguen reducir el uso “actual” de “cualquier droga ilícita”, según las definiciones de la encuesta de hogares. El uso del alcohol y de los productos del tabaco, si bien ilegales para los menores, no se incluye en esas estimaciones.

La reconstrucción del consenso

Para enfrentar el desafío de reducir el uso de las drogas ilegales se requerirá más que una gama de iniciativas con objetivos específicos que se concentren en los elementos claves del problema de las drogas. Se requerirá más que una estrategia con cinco vertientes o que un plan de implementación de quince puntos porque, a diferencia de la actitud de poder lograrlo en la lucha contra el terrorismo, la confianza en la capacidad de nuestras instituciones públicas (educativas, de rehabilitación, de aplicación de la ley y militares) para luchar contra el uso de las drogas se ha visto socavada.

El cinismo fácil que ha surgido alrededor del problema de las drogas no es casual. Ha sido alimentado por el objetivo intencional de una campaña, mantenida por decenios, propugnada por los que proponen la legalización, por los críticos cuyo mantra es “nada funciona”, y cuya percepción principal parece ser que pueden evitar el tener que proponer lo indecible (un mundo en el que las drogas sean omnipresentes, y donde el uso y la

adicción se dispararían), siempre que se puedan esconder detrás de la anodina crítica de que los esfuerzos para controlar las drogas “no son viables”.

Pero la historia reciente demuestra lo contrario. Durante finales de los años ochenta y principios de los años noventa, una ciudadanía y un gobierno comprometidos se enfrentaron al problema de las drogas e hicieron que el uso disminuyera, observándose descensos en todos los años entre 1985 y 1992 entre los alumnos del 12do grado. El gobierno federal proporcionó liderazgo, al igual que los progenitores y el clero, los medios de comunicación, los grupos comunitarios, y los dirigentes estatales y locales.

Las buenas nuevas son que, en muchos casos, lo que funcionó entonces puede funcionar ahora. Para recuperar el terreno perdido sólo tenemos que desenterrar las lecciones de ese pasado reciente. Sabemos que cuando lo enfrentamos, el problema de las drogas emprende la retirada. Nosotros enfrentaremos el problema de las drogas; el problema retrocederá. Ésa es una afirmación que este documento apoya con metas cuantificables y basadas en el uso.

La Estrategia Nacional para el Control de las Drogas tendrá específicamente como objetivo reducir el uso del mes pasado o uso “actual” de las drogas ilegales, en el grupo de personas entre 12 y 17 años de edad, en un 10% dentro de un período de dos años y en un 25% dentro de un período de cinco años. De manera similar, la estrategia establece la meta de reducir el uso actual de las drogas entre los adultos (18 años de edad o más) en un 10% dentro de un período de dos años y en un 25% dentro de un período de cinco años.

Las burocracias son famosas por protegerse a sí mismas pero el presente documento se separará de esa consabida práctica gubernamental al admitir que nuestras instituciones dedicadas a la lucha contra las drogas no han trabajado con toda la efectividad debida. De conformidad con las metas de la Agenda Administrativa del Presidente, nuestra tarea consiste en lograr que esas instituciones funcionen mejor. El buen gobierno lo exige y garantizarlo es nuestra responsabilidad para con las generaciones futuras.

El progreso hacia la reducción del uso de las drogas ilegales se ha visto frustrado no sólo por los esfuerzos intencionales de los que propugnan la legalización sino también por los bien intencionados defensores de diferentes escuelas de pensamiento respecto al control de las drogas; personas que no siempre comprenden la complejidad del problema ni las formas en que los diferentes esfuerzos por controlar las drogas se refuerzan entre sí.

En parte, ello es función del amplio alcance disciplinario del problema, en el que participan peritos con una diferencia en cuanto a perspectiva y formación como la existente entre un científico de investigación, que está desarrollando un producto farmacéutico para luchar contra la adicción, y un agente de la DEA que desmantela a una organización que trafica en metanfetaminas. A lo largo de los años, algunos han propugnado la concentración exclusiva en el control de la oferta. Otros han insistido en que el tratamiento de los

usuarios fuertes es la solución. Otros han argüido que la prevención es la clave.

Todos tienen parcialmente razón. Lo que la nación necesita es un esfuerzo honesto para integrar esas estrategias.

Reduciéndola a sus elementos más esenciales, la política para el control de las drogas tiene apenas dos elementos: modificación de la conducta individual para desalentar y reducir el uso y la adicción a las drogas, y perturbar el mercado de las drogas ilegales. Esos dos elementos se refuerzan entre sí.

Por ejemplo, se puede demostrar que el tratamiento contra las drogas es efectivo para la reducción de la criminalidad. El mantenimiento del orden público ayuda a “desviar” a los usuarios hacia el tratamiento y hace que el sistema para el tratamiento funcione de manera más eficiente, al proporcionarle a los proveedores del tratamiento la posibilidad de ejercer influencia sobre los clientes a los que prestan servicio. Los programas de tratamiento reducen el problema para las instituciones del orden público al contraer el mercado de las drogas ilegales. Es difícil encontrar en la política pública un ejemplo más claro de simbiosis.

De manera similar, los programas de prevención siempre son atractivos ya que eliminan el uso de las drogas antes de que comience y con ello, reducen la carga impuesta al sistema de tratamiento y en última instancia, al sistema de justicia penal. Los programas de prevención logran su mejor funcionamiento en un entorno donde se castigue la violación de las leyes y donde desde un principio, se desaliente a los jóvenes a probar las drogas ilegales.

Esos elementos diferentes de nuestro programa para el control de las drogas son en realidad las dos caras de una misma moneda. En algunos campos, como en los sistemas de tratamiento contra las drogas y del mantenimiento del orden público, la conexión es excepcionalmente fuerte y se debe explotar. Como se describirá más adelante en mayor detalle, esa

vinculación brinda una oportunidad única para poner el tratamiento contra las drogas a disposición de un conjunto numeroso de individuos adictos.

Una variante de esa vinculación es igual de aplicable a las muchas otras personas con quien el usuario de drogas entra en contacto, sea un hermano, un patrono o un vecino. El tratamiento funciona. Pero ni siquiera el mejor programa de tratamiento contra las drogas puede ayudar a un usuario que no busque esa ayuda. Quizás el mayor desafío individual para nuestra nación en este campo consiste en crear un entorno en el que los estadounidenses enfrenten el uso de las drogas en forma honesta y directa, alentando a los que lo necesitan a entrar y mantenerse en el tratamiento.

La presente estrategia trata de aplicar los principios antes enunciados en los campos fundamentales de la prevención, el tratamiento y la reducción de la oferta. Después de esas secciones se incluyen cuadros que resumen la solicitud presupuestaria del Presidente para el año fiscal 2003 para los programas de control de las drogas. Inmediatamente después de esa sección se encuentra un apéndice de datos que cubren toda una gama de temas relacionados con las drogas, incluidos los patrones de uso, información sobre el tratamiento contra las drogas, tendencias en la oferta y el consumo total, arrestos relacionados con las drogas y arrestos de individuos cuyas pruebas de laboratorio dieron positivas para drogas en el momento de la aprehensión.

Integración del presupuesto y el desempeño

El Presidente ha comprometido al gobierno federal a administrar basándose en los resultados. Donde más se necesita ese tipo de gestión es en los esfuerzos federales para el control de las drogas, donde la coordinación del trabajo de más de cincuenta instituciones nacionales de programas para el control de las drogas puede convertirse con rapidez en algo abrumador, tanto para el poder ejecutivo como para el Congreso. La presente estrategia esquematiza dos iniciativas que introducirán la gestión orientada hacia los resultados en los esfuerzos para el control de las drogas: el mejoramiento de la formulación presupuestaria y la gerencia basada en el desempeño.

En el pasado, la tarea de administrar los programas antidrogas se complicó por los métodos utilizados en el cálculo del presupuesto para el control de las drogas. La información presupuestaria presentada cada año con la estrategia no representa dólares administrados reales. Con pocas excepciones, los dólares registrados no se reflejan como rubros individuales en el presupuesto presidencial ni en las leyes de adjudicaciones. Más bien, reflejan porcentajes de las adjudicaciones totales para las instituciones y los programas, utilizándose una serie de métodos diferentes para estimar la parte dedicada al control de las drogas.

Las revisiones independientes, realizadas algunas para la Oficina de Política Nacional para el Control de las Drogas (ONDCP, por sus siglas en inglés) y otras hechas por inspectores generales de otras instituciones federales, han revelado que muchos de los métodos de estimación podrían no reflejar con precisión los esfuerzos de las instituciones en cuestión. Aun cuando las técnicas de estimación fueran perfectas, las cifras resultantes seguirían siendo difíciles de utilizar. Esas cifras, que por lo general reflejan estimaciones generadas después de

haber tomado decisiones fundamentales, no son adecuadas para una administración significativa del presupuesto por el poder ejecutivo ni para las deliberaciones en el Congreso.

Además se presenta información sobre una serie de costos que son una consecuencia del uso de las drogas en vez de gastos orientados hacia la reducción del mismo. Debido a que no reflejan criterios respecto a la política contra las drogas, serán excluidos del presupuesto para su control. Esos costos se seguirán registrando como parte del informe anual (“Costos económicos para la sociedad del abuso de las drogas” (Economic Costs to Society of Drug Abuse)).

La ONDCP desarrollará, en consulta con la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) y otras instituciones federales, una nueva metodología para identificar los gastos pertinentes al control de las drogas. Esa nueva metodología tratará de vincular todos los fondos pertinentes a las drogas directamente con los dólares reales identificados en las presentaciones hechas al Congreso por las instituciones a cargo del control de las drogas que acompañan la presentación anual del proyecto de presupuesto presidencial. De considerarse que un rubro individual en el presupuesto de una institución tiene una fuerte asociación con el control de las drogas, entonces el 100% de ese rubro se incluiría en el presupuesto para su control.

La reducción del alcance del presupuesto para el control de las drogas y su presentación en términos de dólares reales hará que sea una herramienta más útil para los formuladores de políticas. La adjudicación de recursos se convertirá en parte del proceso para la toma de decisiones en vez de ser sólo información registrada a posteriori.

Además de ser más preciso, el nuevo presupuesto para el control de las drogas se concentrará en las instituciones y los programas que produzcan resultados mensurables. Ello hará posible mejorar la responsabilidad/rendición de cuentas y por primera vez,

creará una base para la comparación de los resultados de las actividades para la reducción de la oferta y la demanda, y servirá de apuntalamiento para un sistema que permita movilizar los activos hacia campos de efectividad máxima.

Si bien todas las cifras presupuestarias usadas en la presente estrategia se generan utilizando la metodología actual, en el capítulo del presente documento titulado “*Resumen presupuestario*” se incluye un cuadro que muestra un esquema aproximado de la nueva metodología.

Además de cambiar la presentación del presupuesto, la ONDCP seguirá trabajando para instaurar la responsabilidad/rendición de cuentas en los programas para el control de las drogas mediante el uso de su Sistema para la Medición de la Efectividad del Desempeño, el cual mide los resultados de los programas federales para el control de las drogas. Con ello, el gobierno estará en capacidad de tomar decisiones más informadas pertinentes a la política y administrativas respecto a la adjudicación de los recursos. Trabajando a partir de nuestro objetivo fundamental (reducir el uso de las drogas en los Estados Unidos), el gobierno medirá su éxito, en lo concerniente a la política, con datos sobre el uso de las drogas, y al nivel programático, con los indicadores pertinentes. Ese sistema de gestión basado en el desempeño nos ayudará a orientar nuestros esfuerzos hacia programas efectivos y nos señalará el camino para mejorar los programas con un desempeño insuficiente.

El gobierno está comprometido con la responsabilidad/rendición de cuentas gubernamental. La política pertinente a las drogas no será una excepción. Al mejorar el sistema con el que se administran los programas para las drogas, lograremos alcanzar resultados.

Estrategia Nacional para el Control de las drogas:
PRIORIDADES NACIONALES

ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS IMPORTANTES

- **Programa para Escuelas Seguras y Libres de Drogas: \$644 millones**

(\$634,8 millones relacionados con las drogas). Este programa subvenciona actividades relacionadas con la prevención de las drogas y la violencia entre los jóvenes. Con miras a mejorar la evaluación y dirigir mejor las actividades del programa, la ONDCP trabajará conjuntamente con el Departamento de Educación para desarrollar un plan de evaluación útil que impondrá la rendición de cuentas por parte del programa y alertará a las escuelas respecto a los campos problemáticos.

- **Programa para Comunidades Libres de Drogas: \$60 millones.**

Este programa brinda asistencia a los grupos comunitarios para crear y sustentar coaliciones comunitarias y antidrogas efectivas que luchen contra el uso de las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco entre los jóvenes. El gobierno propone un aumento de \$9,4 millones respecto al nivel aprobado para el año fiscal 2002. Más aún, esa solicitud incluye \$2 millones para el Instituto Nacional de Coaliciones Comunitarias Antidrogas. Ese Instituto proporcionará educación, capacitación y asistencia técnica a los dirigentes de las coaliciones y a los equipos comunitarios, además de ayudar a las coaliciones a evaluar su propio desempeño.

- **Campaña Nacional Antidrogas entre los Jóvenes en los Medios de Comunicación:**

\$180 millones. La campaña en los medios de comunicación utiliza mensajes pagados para orientar las actitudes de los jóvenes y de los progenitores respecto al uso de las drogas y sus consecuencias. Los anuncios pagados, dirigidos y de efecto elevado en los medios de comunicación (tanto al nivel nacional como local) buscan reducir el uso de las drogas mediante cambios en las percepciones de los adolescentes respecto al peligro y el rechazo social de las drogas.

- **Programa del Cuerpo de Progenitores Contra las Drogas: \$5 millones.**

Esta nueva iniciativa, subvencionada a través de la Corporación para el Servicio Nacional y Comunitario, alentará a los progenitores a ayudar a que sus hijos se mantengan libres de las drogas mediante su capacitación en las habilidades y métodos para la prevención de las drogas.

Detener el uso antes de que comience: educación y acción comunitaria

El sentido común nos dice que el evitar que los jóvenes experimenten en primer lugar con las drogas es preferible a los pasos posteriores y más costosos del tratamiento, la rehabilitación y el posible encarcelamiento.

La prevención del uso de las drogas antes de que comience, evita a las familias la angustia de ser testigos de un desliz relativo hacia las garras de la adicción y protege a la sociedad de muchos riesgos, tales como los creados por trabajadores cuyas facultades mentales están embotadas por la acción de productos químicos. La prevención es además el enfoque más efectivo respecto al costo para el problema de las drogas, evitándole a la sociedad la carga del tratamiento, la rehabilitación, la pérdida de productividad y otras patologías sociales, cuyos costos se estiman en \$160.000 millones al año.

Sabemos que la prevención funciona. Sabemos que al evitar que los jóvenes usen drogas hasta la edad de 18 años, inclusive, la probabilidad de que las usen como adultos es muy baja. Sabemos que el uso del alcohol por los jóvenes se ha vinculado a toda una gama de patologías sociales, incluido el uso de las drogas ilegales. Sabemos asimismo que la prevención requiere un esfuerzo real y sostenido por los adultos y los pares. En otras palabras, es mucho lo que sabemos. Y lo que sabemos nos plantea un desafío: cumplir con nuestra responsabilidad compartida para lograr evitar que los jóvenes usen drogas.

Los programas de prevención incluyen a escuelas y organizaciones basadas en la fe, a grupos cívicos y a los medios de comunicación. Pero el elemento individual indispensable de un programa de prevención efectivo no es en absoluto un programa. Los progenitores y otros encargados de los jóvenes tienen una influencia tremenda respecto al uso de las drogas entre sus muchachos. La intuición nos sugiere eso; los datos lo confirman. Según la Asociación para unos Estados Unidos Libres de Drogas, los muchachos cuyos progenitores (o abuelos) les enseñaron los peligros

de las drogas tienen una probabilidad 36% inferior de fumar marihuana, 50% inferior de usar inhalantes, 56% inferior de usar cocaína y 65% inferior de usar LSD.

Pero no basta con los progenitores por sí solos. Las escuelas, las comunidades, los medios de comunicación tienen que ofrecer mensajes de prevención libres de toda ambigüedad y transmitir un mensaje directo de que el uso de las drogas es peligroso, es incorrecto y no será tolerado.

Al nivel de los programas basados en la escuela, la prevención de las drogas incluye impartir una educación sobre las mismas basada en la investigación y en los hechos, y en la enseñanza de habilidades para rechazarlas. Muchos programas efectivos de prevención transmiten los peligros del consumo de bebidas alcohólicas por los menores. Pero los programas efectivos de prevención van más allá del simple enunciado de los peligros del uso de las drogas, peligros que pueden parecer remotos a muchos jóvenes. Una característica de muchos programas efectivos de prevención consiste en motivar a los jóvenes a ver y comprender su propio valor y propósito en la sociedad como parte de una comunidad más amplia. Para los jóvenes, la comprensión del lugar propio en la sociedad y el aprendizaje de asumir la responsabilidad de las propias acciones son por lo menos tan importantes como conocer los riesgos de fumar marihuana.

El presidente Bush señaló: “Reconocemos que la labor más importante para reducir el uso de las drogas se realiza en los hogares y en las aulas estadounidenses, en las iglesias, en las sinagogas y las mezquitas, en los sitios de trabajo y en nuestros vecindarios. Las familias, las escuelas, las comunidades y las organizaciones basadas en la fe moldean la moral de los jóvenes. Ellas enseñan a los niños la diferencia entre el bien y el mal, el respeto por la ley, el respeto de los demás y el respeto de sí mismos”.

El uso de las drogas sólo disminuirá cuando los progenitores, los maestros, los dirigentes religiosos y cívicos, y los patronos se unan para reafirmar los principios de la responsabilidad personal. Los que trabajan al nivel comunitario están marcando una diferencia imperecedera en nuestro problema con las drogas, aplicando la comprensión renovada de los estadounidenses respecto a la importancia de trabajar en forma conjunta como ciudadanos para rechazar la

si bien es menos probable que los estudiantes de secundaria con intenciones de proceder con la educación superior usen drogas ilegales que sus otros compañeros, según los datos de *Vigilancia del Futuro*, para el momento en que se gradúan del colegio universitario se han puesto a la par de los demás. También los administradores de nuestros colegios universitarios y universidades tienen que mejorar el control del consumo de bebidas alcohólicas por los

PROGRAMAS EDUCATIVOS EFECTIVOS PROYECTO STAR

El Proyecto STAR es un programa de prevención de base amplia que enseña a los jóvenes habilidades y técnicas sociales para resistirse al uso de las drogas, a pesar de que puedan ser presionados por sus pares. A diferencia de muchos programas de prevención, el Proyecto STAR opera en la comunidad, en los medios de comunicación, en los hogares y en las escuelas. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas, los hallazgos de la investigación sobre el proyecto demuestran que los

estudiantes que entraron en el programa en el tercer año de la secundaria y cuyos resultados se midieron en el último año, mostraron un uso significativamente menor de la marihuana (cerca de 30% menos), de cigarrillos (cerca del 25% menos) y del alcohol (cerca de 20% menos) que los niños de las escuelas que no ofrecían el programa. Según los hallazgos, el factor que más efecto tuvo sobre los estudiantes fue una mayor percepción de la intolerancia de sus amigos respecto al uso de las drogas.

amenaza que nos afecta a todos. El recién reautorizado Programa de Apoyo para Comunidades Libres de Drogas proporcionará recursos de importancia crítica para ampliar los programas de prevención en todo el país, incluidos pueblos pequeños, zonas rurales y comunidades indígenas, todos los cuales se han visto golpeados fuertemente, en los últimos años, por los problemas con las drogas que históricamente han plagado nuestras ciudades grandes.

Las coaliciones comunitarias cubren a las comunidades geográficas pero el uso de las drogas puede florecer en otros tipos de comunidades, incluidos los colegios universitarios y universidades. Para muchos progenitores resulta sorprendente que,

menores. Si bien no está regulado por los mismos estatutos que las drogas ilegales, el consumo de bebidas alcohólicas por menores es ilegal, se encuentra a niveles epidémicos en muchos colegios universitarios y sus consecuencias pueden ser igualmente devastadoras. Este gobierno proporcionará liderazgo nacional y recursos a aquéllos que trabajen para prevenir el abuso de las drogas al nivel comunitario. Por ejemplo, la Campaña Nacional Antidrogas entre los Jóvenes en los Medios de Comunicación, en asociación con el Ad Council y las Coaliciones Comunitarias Antidrogas de los Estados Unidos, difundirá el mensaje de que las coaliciones comunitarias son catalizadores vitales para prevenir el uso de las drogas. El Programa del Cuerpo de Progenitores Contra las Drogas, subvencionado a través de la Corporación para el

Servicio Nacional y Comunitario, alentará a los progenitores a ayudar a los niños a mantenerse libres de las drogas, capacitándolos en las habilidades y métodos para la prevención, y fomentará la cooperación, al nivel nacional, entre una red de organizaciones de progenitores y las coaliciones comunitarias antidrogas.

Este trabajo real de reducir el uso de las drogas encuentra oposición en los teóricos de salón que

Es innecesario señalar que tenemos que reducir los grandes daños asociados con el uso de las drogas. Pero debiera ser igualmente obvio que eso lo tenemos que hacer en formas que no aumenten el uso de las drogas ni socaven nuestros propios esfuerzos de prevención. Ha llegado el momento de dejar atrás el argumento sobre la reducción del daño que sólo logra distraernos. Estamos a favor de reducir tanto el uso de las drogas como las consecuencias que conlleva.

COALICIONES COMUNITARIAS QUE LOGRAN RESULTADOS

La Asociación para Luchar (Fighting Back Partnership) de Vallejo, California, se creó en respuesta a la tasa delictiva en alza de la ciudad hacia finales de los años ochenta, debido en gran medida a las actividades de las pandillas y al uso de la metanfetamina y la cocaína “crack”. Una coalición de iglesias, individuos e instituciones en los campos del tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas, el mantenimiento del orden público y la educación, así como empresas privadas, emprendieron la acción en tres

frentes: revitalizar los vecindarios, ayudar a los jóvenes y alentar a los individuos que lo necesitaban a que iniciaran el tratamiento. Hoy, en esa ciudad de 118.000 habitantes y con una gran diversidad racial, el uso de las drogas y los delitos en los vecindarios han disminuido, el número de pacientes bajo tratamiento contra el abuso de sustancias psicoactivas ha aumentado, las llamadas solicitando ayuda policial se han reducido y los residentes afirman que Vallejo es un sitio más seguro y deseable para vivir.

quieren cambiar la definición del problema y normalizar el uso de las drogas. La legalización abierta de las drogas, meta a la que se opone una sólida mayoría de los estadounidenses, descansa en la falsa premisa de que debido a que algunas personas inevitablemente tomarán malas decisiones, la sociedad debe proporcionar los medios para esas opciones y pagar por sus consecuencias. Esas consecuencias podrían ser devastadoras, comenzando por un aumento en el uso de las drogas, hecho reconocido incluso por los propugnadores de la legalización. Los esfuerzos para legalizar las drogas, sea sin tapujos o bajo cualquier otro disfraz, como por ejemplo, la “reducción del daño”, representan lo más desastroso en lo que a política social se refiere. Este gobierno se opondrá a ellos.

Éste es un esfuerzo en el que todos los estadounidenses tienen un papel que desempeñar. En los hogares, las escuelas, los templos religiosos, los sitios de trabajo y las organizaciones cívicas y sociales podemos establecer normas que reafirmen el valor de la responsabilidad y del ser un buen ciudadano, y que desechen el concepto de que el uso de las drogas es congruente con la “búsqueda de la felicidad” por un pueblo libre y que se gobierne a sí mismo. Con el liderazgo nacional y la participación de la comunidad podemos recrear la fórmula que ayudó a los Estados Unidos a lograr el éxito contra las drogas en el pasado, y lo haremos. Nuestros esfuerzos estarán marcados por la decisión, uniremos a coaliciones de individuos con calificaciones únicas, e inyectaremos una renovada determinación al desafío de prevenir el uso de las drogas.

ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS IMPORTANTES

- **Programa de Tratamiento Contra el Abuso de las Drogas - SAMHSA.**

El Presidente se comprometió a añadir \$1.600 millones al sistema de tratamiento contra las drogas a lo largo de un período de cinco años. Las siguientes mejoras para la Administración de Servicios de Salud Mental y para el Abuso de las Sustancias Psicoactivas (SAMHSA, por sus siglas en inglés) proporcionarán fondos adicionales para ampliar la capacidad del sistema de tratamiento:

- **Programa de Ampliación Dirigida de la Capacidad (TCE, por sus siglas en inglés): \$109 millones adicionales.** Esos fondos adicionales ayudarán a la SAMHSA a ampliar el programa de tratamiento TCE, el cual está diseñado para apoyar una respuesta rápida y estratégica a las tendencias emergentes en el abuso de las sustancias psicoactivas. Esta propuesta incluye \$50 millones a ser utilizados en un nuevo componente del programa TCE. El nuevo componente se estructuraría para reservar fondos para concursos al nivel estatal, ponderados según la necesidad de los servicios de tratamiento de cada estado.
- **Subvención en Bloque para la Prevención y Tratamiento del Abuso de las Sustancias Psicoactivas (SAPT, por sus siglas en inglés): \$60 millones adicionales** (de los cuales, \$43 millones estarán relacionados con las drogas). Ese aumento para la Subvención en Bloque SAPT de la SAMHSA proporcionará fondos adicionales a los estados para servicios de prevención y tratamiento. Los estados usan esos fondos para prestar servicios de tratamiento a las mujeres embarazadas, a las mujeres con niños dependientes, y a las minorías raciales y étnicas.

- **Fomento del tratamiento contra las drogas en el sistema de justicia penal -**

Departamento de Justicia: Proporcionar recursos para fomentar el tratamiento contra las drogas y la intervención temprana para los individuos que entren en contacto con el sistema de la justicia penal es de importancia crítica para poner fin al ciclo del delito y las drogas. Esta iniciativa amplía dos programas de tratamiento dentro de la justicia penal cuyo propósito consiste en reducir la reincidencia entre esas poblaciones.

- **Programa de Tratamiento Residencial para el Abuso de las Sustancias Psicoactivas (RSAT, por sus siglas en inglés): \$7 millones adicionales.** Este mejoramiento ampliará el programa RSAT a \$77 millones en el año fiscal 2003. El programa RSAT es una subvención basada en una fórmula que distribuye fondos a los estados para apoyar el tratamiento contra las drogas y el alcohol en las penitenciarías estatales.
- **Programa de los Tribunales para las Drogas: \$2 millones adicionales.** Esos recursos adicionales ampliarán este programa a \$52 millones en el año fiscal 2003. El Programa de los Tribunales para las Drogas proporciona alternativas al encarcelamiento mediante el uso del poder de coacción del tribunal para imponer la abstinencia y cambiar la conducta a través de una combinación de sanciones crecientes, exámenes obligatorios de drogas, tratamiento y programas eficaces postratamiento.

La curación de los usuarios de estupefacientes en los Estados Unidos: llevar los recursos de tratamiento allí donde se necesitan

Muchas personas dejan de usar las drogas por su propia cuenta. Algunas lo hacen cuando tienen que enfrentar las consecuencias personales del uso, como la pérdida de una licencia profesional, de un empleo o de la libertad personal. Algunas no lo hacen o no pueden hacerlo. Su uso de las drogas ha progresado hasta la adicción y necesitan nuestra ayuda.

Para brindarles esa ayuda, el gobierno federal requiere una evaluación más confiable de las necesidades a los niveles estatal y local para guiar la ampliación de modalidades o tipos particulares de tratamiento contra las drogas. Necesitamos mejor información sobre qué funciona para ese tratamiento y dónde no son suficientes las capacidades disponibles. Además tenemos que lograr estandarizar las evaluaciones que se apliquen y garantizar que los necesitados de tratamiento se coloquen en los sitios apropiados.

Sin embargo, durante más de un decenio, la agenda pública en este campo se ha interesado en forma exclusiva en el aspecto de la capacidad para el tratamiento: si el gobierno federal está invirtiendo lo suficiente para poner los servicios de tratamiento a disposición de aquéllos que los necesitan.

Pero, ¿cuál es la necesidad total? ¿Cuál es la capacidad del sistema de tratamiento contra las drogas de nuestra nación? Y, por consiguiente, ¿cuál es el nivel “correcto” de fondos federales para el tratamiento? Sorprendentemente, hasta hace poco, los formuladores de políticas usaban una serie de herramientas burdas y deficientes para estimar la capacidad de tratamiento y el número de individuos que lo necesitan.

Nuestra comprensión de la necesidad de tratamiento avanzó de manera significativa con la publicación, en septiembre de 2001, de los nuevos datos de la *Encuesta Nacional de Hogares sobre el Abuso de las Drogas*. Al incorporar en la encuesta preguntas basadas en el “Manual diagnóstico y estadístico de los

trastornos mentales (DSM-IV)”, estamos ahora, por primera vez, en capacidad de estimar que hay aproximadamente 2,8 millones de usuarios “dependientes”, junto con otros 1,5 millones de usuarios que se considera dentro de la categoría menos grave de “usuario abusivo”.

Según la definición del DSM-IV, la dependencia de las drogas, caracterizada por problemas de salud, problemas emocionales, dificultad para reducir el uso, tolerancia, síndrome de abstinencia y otros síntomas, es más grave que el abuso. El abuso de las drogas se caracteriza por problemas laborales, en el hogar y en la escuela; problemas con la familia o los amigos; exposición voluntaria al peligro físico; y problemas con las fuerzas del orden público. Los individuos en ambas categorías tendrán dificultad para poner fin al uso de las drogas sin recibir tratamiento.

El sistema de tratamiento, tal y como está estructurado en la actualidad, no logra ayudar a todas las personas que se consideran en necesidad de ser tratadas; según estimaciones conservadoras, sólo 800.000 individuos habrían recibido tratamiento en el año anterior a la encuesta. El Presidente se comprometió a apoyar una ampliación de \$1.600 millones en la ayuda federal para el tratamiento dentro de un período de cinco años. En congruencia con ese compromiso, el presupuesto presidencial para 2003 solicita un incremento aproximado de \$100 millones en el gasto federal de tratamiento para la Administración de Servicios de Salud Mental y para el Abuso de las Sustancias Psicoactivas. (Ese mejoramiento es parte de un aumento general para el tratamiento equivalente a \$224 millones para el año fiscal 2003.)

Pero la encuesta de hogares contiene otro hallazgo sorprendente que sostiene que la ampliación del sistema de tratamiento no es suficiente por sí sola. La gran mayoría de los usuarios caracterizados como individuos con dependencia o abuso no se ven a sí

mismos como personas en necesidad de tratamiento, lo cual frustra la labor de los proveedores del mismo. Esa tendencia es particularmente pronunciada entre los adolescentes y los adultos jóvenes. De los 3,9 millones de individuos que se estimó necesitaban tratamiento y no lo recibieron en 2000, menos del 10% (apenas 381.000) indicó que consideraba realmente necesitar ayuda.

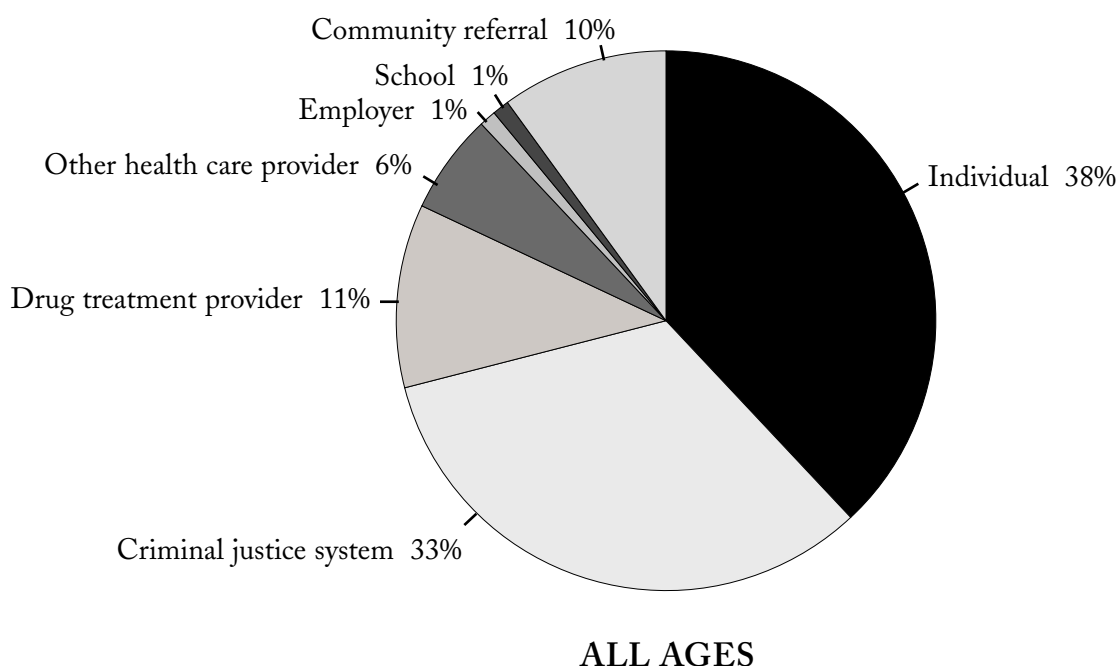
Hay razones para pensar que esa última estimación es demasiado baja. La encuesta de la cual se derivó omite a los individuos que se encuentran en la actualidad bajo tratamiento residencial y no cubre a algunos grupos, como los sin techo que no viven en refugios. La ONDCP convocará a peritos para aprovechar e incrementar el trabajo significativo realizado por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud y otros para tratar de determinar con mayor precisión el número de individuos que están recibiendo en la actualidad servicios de tratamiento contra las drogas, así como el número de aquéllos que estén tratando

de acceder a ese tratamiento. Para ayudar en ese proceso se utilizarán nuevos sistemas para la recopilación de datos, como el Sistema Nacional de Vigilancia de los Resultados del Tratamiento (que está siendo desarrollado por la ONDCP y el Centro de Tratamiento Contra el Abuso de las Sustancias Psicoactivas), lo cual proporcionará información nueva y de importancia vital sobre las admisiones a los tratamientos, tiempos de espera y resultados del tratamiento.

Pero la conclusión obvia a la que se llega partiendo de los datos es de hecho la correcta: la mayoría de las personas que necesitan tratamiento contra las drogas cree que no tiene problema alguno. Para decirlo con una frase popular: están en plena negación de la realidad. Si hubiera dudas sobre el papel de la coacción para colocar bajo tratamiento a las personas, esos hallazgos debieran aclararlas.

La mayoría de los usuarios de drogas, al menos los afortunados, conocen la coacción. Las personas que

Figure 2: Drug Treatment Admissions by Source of Referral: All Ages and Ages 12–17



Note: Individual includes self-referral, and referral by a family member or by friends.
Source: Treatment Episode Data Set (2001)

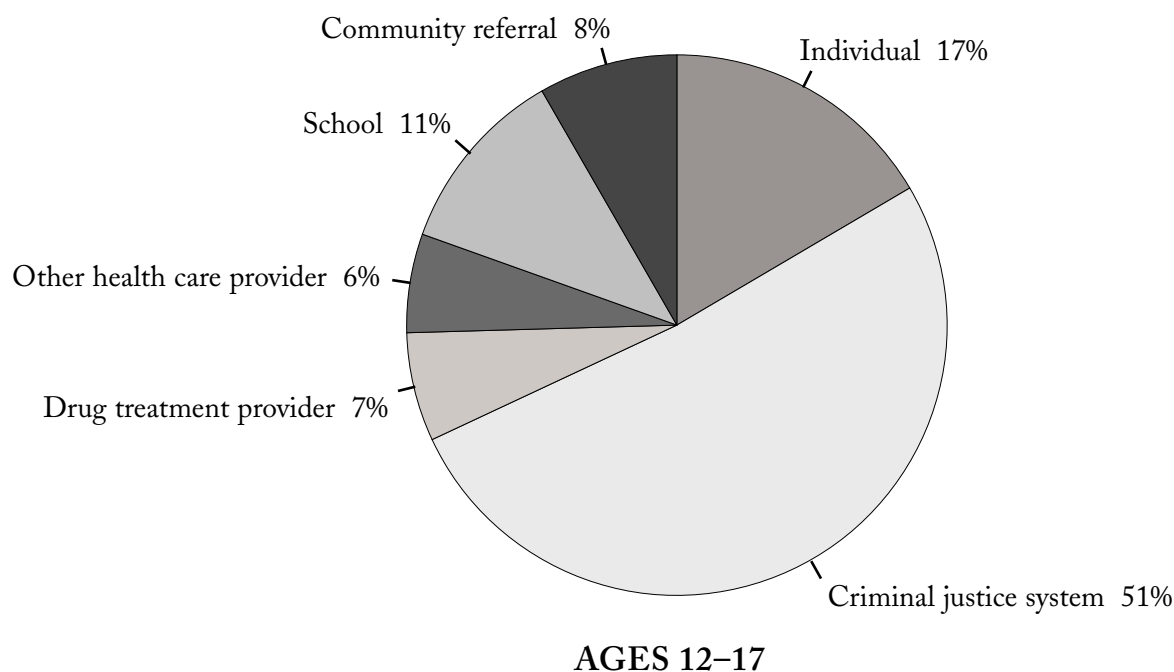
necesitan el tratamiento son afortunadas si se tropiezan con la coacción nacida de la compasión de sus familiares, amigos, patronos, el sistema de justicia penal y otros. Una presión de esa naturaleza no necesita excusa alguna; la salud y la seguridad del adicto y de la comunidad lo exigen.

La coacción compasiva comienza con la familia, los amigos y la comunidad. Los estadounidenses tienen que comenzar a enfrentar el uso de las drogas, y por ende a los usuarios, en forma honesta y directa. Tenemos que alentar a los que lo necesitan a que entren y permanezcan en el tratamiento.

Es bien sabido que los usuarios esconden con frecuencia su relación con las drogas ilegales. Pero analizando los datos más recientes de la encuesta de hogares, sabemos que hay más de 4 millones de estadounidenses que, según las definiciones del DSM-IV, sufren de una combinación o mezcla de dificultades que van desde problemas emocionales hasta problemas con las fuerzas del orden público.

Los usuarios de drogas pueden ser reservados o sigilosos al respecto pero sus problemas son a menudo evidentes para aquéllos de nosotros que estemos dispuestos a detectarlos.

Los investigadores estiman que más de la mitad de toda la cocaína y la heroína es comprada por individuos que están formalmente bajo el control del sistema de justicia penal, sea en libertad previa al juicio, en libertad condicional o en libertad bajo palabra. En las ciudades importantes, entre el 50 y el 80% de los arrestados dieron pruebas positivas para las drogas en el momento de la aprehensión. La Oficina de Estadísticas de Justicia estima que cada año son liberados, al nivel estatal, 150.000 presos sin recibir tratamiento contra las drogas, convirtiendo así quizás al sistema de justicia penal en el aliado natural más importante del sistema de tratamiento contra las drogas. Este gobierno trata de capitalizar el vínculo entre la prisión y el tratamiento mediante la ampliación del Programa de Tratamiento Residencial para el Abuso de las Sustancias Psicoactivas, un



programa de subvención federal que distribuye fondos a los estados para apoyar el tratamiento contra el alcohol y las drogas en las penitenciarías estatales.

Al nivel federal, con la meta de lograr un sistema penitenciario libre de drogas, la Oficina de Prisiones fomentará una participación del 100% entre los presos en los programas de tratamiento penitenciario, mejorando asimismo la continuidad del tratamiento para las personas que sean puestas en libertad bajo la supervisión comunitaria. La Oficina también tratará de hacerles un análisis de orina para la detección de drogas a todos los presos federales dentro de los sesenta días siguientes a su liberación y aplicará las sanciones apropiadas si el examen resulta positivo.

Asimismo, el gobierno propone aumentar el apoyo federal para el Programa de los Tribunales de Drogas en el año fiscal 2003. Los tribunales de drogas utilizan el poder de coacción del poder judicial para imponer la abstinencia y cambiar la conducta mediante una combinación de sanciones crecientes, exámenes obligatorios de drogas, tratamiento y programas eficaces postratamiento. En la actualidad, hay unos setecientos ochenta y dos tribunales en operación en

cuarenta y nueve estados, representando una de las innovaciones más prometedoras de los últimos tiempos. Con frecuencia, los programas de intervención cuidadosamente modulados, como los tribunales de drogas, representan la única forma de liberar a un usuario de las garras de la adicción. El gobierno federal emprenderá una revisión longitudinal de programas seleccionados de tribunales de drogas para determinar los efectos de largo plazo de su participación.

El sistema de justicia penal no es en absoluto el único instrumento de influencia que tienen los proveedores del tratamiento sobre los usuarios, la mayoría de los cuales trabajan para ganarse la vida. Las empresas saben que el uso de las drogas entre sus empleados es nocivo para las ganancias, traduciéndose directamente en un mayor ausentismo e incumplimiento del horario, en una mayor rotación de los empleados, en mayores daños y robos de propiedades de la empresa, y en un número mayor de reclamos de compensación por los trabajadores.

La industria privada, incluida la amplia mayoría de las compañías que integran las Fortune 500, han adoptado, con toda celeridad, políticas para eliminar

LO QUE FUNCIONA EN LOS TRATAMIENTOS PARA LAS DROGAS: LA OPERACIÓN PAR

La Operación de Responsabilidad y Conciencia de los Progenitores (PAR, por sus siglas en inglés), que presta servicio a cinco condados de la Florida, comenzó en 1970 en forma similar a muchos programas eficaces: un progenitor preocupado debido al uso de drogas por su hija emprendió la acción. La Red de Apoyo Familiar de la organización, una iniciativa concebida para reducir el uso de la marihuana entre los jóvenes, tiene una tasa de retención superior, manteniendo al 88% de

sus clientes bajo tratamiento después de diez meses. La Operación PAR también brinda programas de tratamiento contra las drogas para las personas que han cometido un delito grave y la tasa de reencarcelamiento después de dos años para los individuos que han concluido el Programa de Tratamiento Seguro y de Largo Plazo Contra las Drogas es del 17%. Un programa para delincuentes juveniles produce resultados similares.

HALLAZGOS FUNDAMENTALES SOBRE EL TRATAMIENTO CONTRA LAS DROGAS

- Cerca de diez mil clientes participantes en programas basados en la comunidad en once ciudades fueron comparados, antes y después del tratamiento, respecto a una serie de resultados fundamentales. Dependiendo de la modalidad de tratamiento, los datos mostraron reducciones en el uso semanal de heroína (entre el 44 y el 69%), de cocaína (entre el 56 y el 69%) y de marihuana (entre el 55 y el 67%); reducciones en las conductas ilegales (entre el 36 y el 61%); y mejoramiento en la condición laboral (entre el 4 y el 12%).
- Un año después de ser dados de alta del tratamiento, el uso de la droga ilegal primaria de elección descendió en un 48%; los arrestos disminuyeron en un 64%; la actividad ilegal autodeclarada bajó en un 48%; y el número de visitas de atención médica relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas descendió en más de un 50%.
- Cinco años después de ser dados de alta, hubo una reducción del 21% en el uso de cualquier droga ilegal (reducciones del 45% en el uso de la cocaína en polvo, del 17% en el uso de la cocaína “crack”, del 14% en el uso de la heroína, y del 28% en el uso de la marihuana). Se registraron descensos similares en la actividad delictiva: reducciones del 30% en la venta de drogas, del 23% en la victimización de otros, del 38% en el escalamiento o allanamiento de morada con fines de delinquir, y del 56% en el hurto de vehículos.

Fuentes: Estudio de los Resultados del Tratamiento Contra el Abuso de las Drogas, Estudio Nacional de Evaluación del Mejoramiento del Tratamiento y Estudio de los Resultados de la Investigación de los Servicios.

las drogas de los sitios de trabajo, incluidos programas de asistencia a los empleados, los cuales pueden requerir que éstos participen en programas de tratamiento. El éxito de las grandes empresas podría haber tenido la consecuencia imprevista de hacer más atractivas a las pequeñas empresas para los empleados que usan drogas, ya que es menor la probabilidad de que éstas últimas sometan a escrutinio a sus empleados para determinar si usan drogas, sea antes de contratarlos como durante su empleo. Los empleados de las empresas más pequeñas tienen menor probabilidad de acceso a los programas de asistencia para los empleados.

Orientación de los recursos hacia los objetivos del tratamiento

Ya la mayoría de los estadounidenses están acostumbrados a la idea de que la recuperación de la adicción es un desafío que dura toda la vida, pero pocos comprenden lo que eso significa para los programas de tratamiento. En pocas palabras, para muchas personas, el poner fin a una vida de uso de las drogas implica intentar el tratamiento más de una vez y más de una sola modalidad de tratamiento.

AYUDAR A LAS FAMILIAS AYUDARSE A SÍ MISMAS

En 1995, una pequeñísima bodega ubicada en el Lado Este Bajo de Manhattan fue el escenario de un tiroteo entre la policía y vendedores locales de drogas, en el que resultó muerta una persona y un funcionario policial quedó paralizado. Al año siguiente, en ese mismo local de la esquina, La Bodega de la Familia abrió sus puertas con un plan innovador para lograr que el tratamiento contra las drogas funcionara mejor, prestando ayuda a las personas relacionadas con acusados penales que usaban drogas, incluidos los familiares y

amigos. La estrategia, ayudar a las familias a ayudar a sus seres queridos, ha logrado un gran éxito. Los resultados preliminares de un estudio realizado por el Instituto de Justicia Vera indican que los participantes en el programa de La Bodega redujeron en forma significativa su uso de drogas ilegales. Durante un período de seis meses, el uso de cocaína en el mes anterior entre los participantes de La Bodega disminuyó del 42% a apenas el 10% (comparado con un descenso del 27 al 21% en un grupo control o testigo).

Los programas de tratamiento eficaces enfrentan un desafío sobrecogedor. La investigación ha demostrado que el uso de las drogas puede cambiar la función y la estructura misma del cerebro, disminuyendo la capacidad para discernir, para controlar los impulsos y para cumplir con las responsabilidades. Los adelantos en las técnicas para producir imágenes cerebrales están permitiendo que los científicos observen, en tiempo real, los cambios neuroquímicos que ocurren en el cerebro a medida que procesa información o responde a estímulos, incluidas las drogas ilegales o los medicamentos usados en los tratamientos pertinentes.

Las técnicas de producción de imágenes cerebrales revelan que las drogas ilegales, como la metileno-bioximetanfetamina (MDMA, por sus siglas en inglés), mejor conocida como éxtasis, modifican los procesos químicos cerebrales debido a que dañan las neuronas y alteran las funciones responsables de la liberación de serotonina, un compuesto químico del cerebro responsable de regular la memoria y otras funciones cognitivas, tales como el razonamiento verbal y la capacidad de mantener la atención. Otros estudios sugieren que los efectos tóxicos de esa droga persisten por mucho tiempo después que el individuo deja de usarla.

Si bien cerca de la mitad de todos los tratamientos son subvencionados con medios privados o no federales, los formuladores de políticas que ponderan las interrogantes pertinentes a los gastos para el tratamiento han encontrado que su trabajo se ha simplificado por un cálculo basado en el propio interés. Resumiendo, los costos para proporcionar el tratamiento contra las drogas se vuelven insignificantes en comparación con los costos de no brindar tratamiento alguno. Por ende, el apoyo al tratamiento (es decir, ayudar a los usuarios a romper el ciclo de la adicción) tiene todo el sentido del mundo desde el punto de vista fiscal, además de ser lo correcto.

Una cuestión de importancia es la capacidad de tratamiento y ya se habló con anterioridad de la iniciativa presidencial de \$1.600 millones para incrementar la capacidad del sistema. Sin embargo, la concentración exclusiva en la capacidad de tratamiento ha desviado la atención de otros aspectos importantes, por ejemplo, cómo orientar los recursos actuales para el tratamiento de manera más eficaz, y cómo mejorar la calidad y la disponibilidad de los servicios postratamiento.

UNIÓN DE LAS ORGANIZACIONES BASADAS EN LA FE

Al intentar producir la transformación personal de un usuario de drogas cuya vida se ha descontrolado totalmente, tiene todo sentido recurrir al poder transformador de la fe. El papel de la religión y de la espiritualidad para prevenir y tratar el abuso de las sustancias psicoactivas está documentado en los resultados de un estudio de dos años titulado “*Que Dios me ayude: abuso de sustancias psicoactivas, religión y espiritualidad*” (*So Help Me God: Substance Abuse, Religion and Spirituality*), hecho por el

Centro Nacional sobre la Adicción y el Abuso de las Sustancias Psicoactivas de la Universidad de Columbia. El informe encontró que la participación en programas de tratamiento basados en la espiritualidad aumenta las probabilidades de mantener la abstinencia y concluyó que “la religión y la espiritualidad pueden desempeñar un papel poderoso en la prevención y el tratamiento del abuso de las sustancias psicoactivas y en el mantenimiento de la sobriedad”.

Al considerar el papel federal en la ampliación del sistema de tratamiento, la sola diversidad de enfoques para liberar a los individuos de la adicción arguye a favor de la necesidad de concentrarnos más en nuestra capacidad para dirigir a aquéllos que necesitan ayuda hacia la modalidad o tipo más apropiado de tratamiento. Este gobierno ha dado un paso de envergadura en ese sentido al solicitar un incremento de \$109 millones para el Programa de Ampliación Dirigida de la Capacidad (TCE), subvenciones otorgadas a las ciudades, pueblos, condados y estados con mayores necesidades. El programa tiene además como objetivo los grupos de alta prioridad para el tratamiento, como los adolescentes, las mujeres embarazadas, y las minorías étnicas y raciales.

Los programas de tratamiento se presentan en muchas formas diferentes. Varían de una comunidad terapéutica para pacientes residentes en la zona rural de Catskills (donde durante dieciocho meses, los clientes aprenden disciplina y habilidades básicas de la vida), a una clínica de consulta externa en Los Angeles (donde los adictos a la heroína hacen cola

para recibir la dosis diaria de metadona y orientación periódica), a un programa prolongado y basado en la fe en Portland, Oregón (que utiliza el poder de la fe como parte esencial del proceso de tratamiento).

Los aspectos más intensivos del tratamiento tienen una duración relativamente corta y si queremos que la abstinencia prolongada sea una expectativa realista, es necesario que haya un componente postratamiento. Para un número cada vez mayor de personas, la abstinencia es impuesta por los familiares, los amigos, el patrono o el sistema de justicia penal. Para decenas de millares, la clave para eliminar las drogas es un programa en doce pasos, como Narcóticos Anónimos, una historia de éxito estadounidense que fue modelado siguiendo los lineamientos del movimiento de Alcohólicos Anónimos y que comenzó a desarrollarse en los años cuarenta. El éxito de Narcóticos Anónimos y de otros programas similares surge en gran medida de un énfasis inquebrantable en la abstinencia y en el apoyo de otros individuos que también enfrentan el desafío de mantener la recuperación durante el resto de sus vidas.

ELEMENTOS PRESUPUESTARIOS IMPORTANTES

- **Control y Aplicación de la Ley al Nivel de las Fronteras: \$76,3 millones adicionales**

(de los cuales más de \$11,4 millones están relacionados con las drogas). Este mejoramiento de la Patrulla Fronteriza de los EE.UU. incluye la contratación de quinientos setenta agentes adicionales para la aplicación de la ley en las fronteras nacionales y para combatir el narcotráfico internacional.

- **Enjuiciamientos por Drogas en la Frontera Sudoeste: \$50 millones.**

El presupuesto presidencial para el año fiscal 2003 mantiene una subvención de \$50 millones para la Iniciativa de Enjuiciamiento por Drogas en la Frontera Sudoeste. Ese programa brinda un apoyo de importancia crítica a los condados que se encuentran a lo largo de la frontera sudoeste en lo pertinente a los costos para detener y enjuiciar los casos de drogas referidos a ellos por los fiscales de los EE.UU.

- **Iniciativa Andina Antidrogas (ACI, por sus siglas en inglés): \$731 millones.**

El presupuesto para el año fiscal 2003 solicita un aumento de \$106 millones respecto a los fondos adjudicados a la cuenta de la ACI para el año fiscal 2002. Esa solicitud incluye recursos para continuar con los programas de aplicación de la ley, control fronterizo, reducción de los cultivos, desarrollo alternativo, fortalecimiento institucional, administración de justicia y derechos humanos. En el caso de Colombia, los fondos se utilizarán para varias categorías amplias, incluida la operación y mantenimiento de equipos aéreos proporcionados con fondos suplementarios del Plan Colombia; apoyo operativo a la Policía Nacional Colombiana y a la Brigada Antinarcóticos del Ejército colombiano; y programas para la aplicación de herbicidas. Los fondos adicionales brindarán apoyo a los programas humanitarios, sociales, económicos y de desarrollo alternativo, que revisten importancia crítica, y que son ejecutados por la Agencia para el Desarrollo Internacional; apoyarán a los grupos vulnerables; y proporcionarán recursos a los proyectos de reforma del sector justicia.

Perturbación del mercado: ataque a las bases económicas del comercio de las drogas

Son pocos los campos de la política pública que muestran vínculos tan claros como los que existen entre la disponibilidad y el uso de las drogas ilegales. En pocas palabras, la demanda de drogas tiende a variar según su precio y disponibilidad. La perturbación de esa relación de mercado brinda a los formuladores de políticas una influencia y un poder claro para reducir el uso.

Durante decenios, la comprensión del “efecto de la oferta” tenía más un carácter anecdótico que una base científica. Un ejemplo citado a menudo tiene que ver con el uso de la heroína por los efectivos militares estadounidenses durante la guerra de Vietnam. El sudeste asiático ofrecía una heroína fuerte y barata, que fue usada por un número suficiente de efectivos estadounidenses como para provocar una amplia preocupación en Washington y la creación de un programa sin precedentes para someter a exámenes para drogas a los que regresaban de la guerra. Al final, esa estrategia prudente no sirvió en parte para nada. Al regresar a un mundo donde la heroína era cara, impura y difícil de obtener, la gran mayoría de los soldados simplemente dejó de usarla. En un primer momento, la oferta fomentó la demanda. Con posterioridad, la carencia de oferta, eliminó la demanda.

El efecto de la oferta ayuda a explicar por qué algunos países logran mucho más éxito que otros en controlar el uso de las drogas por sus ciudadanos. Incluso países con sistemas bien administrados para el mantenimiento del orden público pueden ser atropellados si la geografía conspira en su contra, haciendo difícil la interdicción de las drogas ilegales al nivel de la frontera o tierra adentro.

Consideremos a Malasia, nación con una fuerza eficaz para el control de las drogas y con sanciones estrictas para el tráfico (incluida la sentencia de

muerte obligatoria para ciertos delitos pertinentes a las drogas). La peor desgracia de Malasia es algo sobre lo cual tiene poco control: estar ubicada a horcajadas sobre las rutas del narcotráfico de sus vecinos Birmania y Tailandia, lo cual determina que la heroína sea abundante y barata. A consecuencia de ello, la población de Malasia tiene un grave problema de adicción a la heroína intravenosa.

Parece obvio que la disponibilidad es una precondition para el uso. Sin embargo, la disponibilidad es un término relativo: lo que realmente le importa al usuario de drogas es que el mercado de las drogas ilegales produzca disponibilidad a un precio razonable. La comprensión de esto se ha visto impedida por la concepción popular de que los adictos enloquecidos harán cualquier cosa por conseguir una dosis. Independientemente de la compulsión que los impulse, lo cierto es que la mayoría de los adictos están muy conscientes del precio y la pureza de las drogas que consumen y son muy sensibles a ello. Los adictos tienen que gastar casi todo su dinero en drogas ilegales; la elevación de los precios de drogas como la cocaína y la heroína no los lleva, como por arte de magia, a pedir más limosnas, ni a pedir más dinero prestado ni a robar más. (Por el contrario, la introducción de una droga omnipresente y de bajo costo, como la cocaína “crack”, puede estimular tremendamente el consumo.) Por encima de todo, incluso los usuarios fuertes de drogas son consumidores racionales y la señal del mercado transmitida por una reducción de la disponibilidad (o una serie desalentadora de transacciones en las que resulten timados) puede ser un estímulo poderoso para entrar en un programa de tratamiento.

La investigación reciente sugiere que los usuarios casuales, incluso los adolescentes, son susceptibles a los efectos de la oferta. Una ponencia de

investigación titulada “*La marihuana y la juventud*” (*Marijuana and Youth*), patrocinada por la Fundación Robert Wood Johnson, concluye que los cambios en los precios de la marihuana “contribuyeron en forma significativa a las tendencias en el uso de la marihuana por los jóvenes entre 1982 y 1998, en particular durante la contracción del uso desde 1982 hasta 1992”. Esa contracción fue el resultado de muchos factores, incluido un esfuerzo concertado entre las instituciones federales para perturbar la producción interna; esos factores contribuyeron a la duplicación del precio en la calle de la marihuana en el término de un año.

No debe sorprendernos que las personas que consumen drogas reaccionen a las fuerzas del mercado. El mercado de las drogas es en efecto un mercado extenso, el cuál enfrenta numerosos obstáculos que aunque frecuentemente pasan desapercibidos pueden ser utilizados como puntos de presión.

Las organizaciones narcotraficantes de envergadura y sus proveedores enfrentan el colosal desafío administrativo de supervisar el cultivo de centenares de millares de acres de cultivos para las drogas y de importar millares de toneladas de productos químicos ilícitos hasta zonas remotas de producción que, con frecuencia, están bajo el control de ejércitos guerrilleros. Después, los traficantes tienen que transportar cientos de toneladas de drogas ilegales a lo largo de continentes y a través de intermediarios y de todo un laberinto de organizaciones especializadas en el contrabando transfronterizo; y de ahí, a las manos de los distribuidores de nivel medio en un país extranjero, donde los gerentes principales nunca se arriesgarán a poner pie.

Aun el éxito (es decir, el embarque de drogas ilegales hacia los Estados Unidos) conlleva su propio conjunto de desafíos, incluido el insólito problema del dinero. El comercio de las drogas depende del sistema bancario internacional para lavar o blanquear

miles de millones de dólares cada año, una empresa cada vez más incierta en un momento en que las transacciones financieras son sometidas a un escrutinio cada vez mayor. Allí donde no logra infiltrar los sistemas bancarios locales, el comercio de las drogas tiene que recurrir al contrabando a la inversa, en masa, de enormes sumas de efectivo, que con frecuencia pesan dos o tres veces más que las drogas originalmente contrabandeadas. Cada uno de esos procesos implica una serie de sistemas muy bien sincronizados. Pero todo sistema muy bien sincronizado tiene sus debilidades. La complejidad y la simple amplitud del comercio de las drogas será su mayor debilidad.

Al montar programas para la aplicación de la ley en nuestra nación y conjuntamente con nuestros socios internacionales en ultramar, el gobierno federal se orientará basándose en ese entendimiento del comercio de las drogas ilegales como un mercado. Para administrar de manera eficaz nuestros esfuerzos, definiremos el mercado mejor al estimar el flujo de las drogas ilícitas desde sus orígenes hasta nuestras calles. Mediremos nuestro éxito según nuestra capacidad de reducir la oferta de drogas.

Perturbación de los mercados en nuestro país

Para perturbar los mercados de drogas al nivel interno se requerirán los esfuerzos combinados de cooperación de las fuerzas del orden público federales, estatales y locales, cada una de las cuales hace aportes cruciales. Los esfuerzos eficaces para reducir la oferta de drogas se concentrarán en la interceptación de los mismos en la frontera, y en el desmantelamiento de las redes que transportan y distribuyen las drogas ilegales y las ganancias ilícitas de su venta en todo el territorio de los Estados Unidos.

Para elevar el precio de las drogas como la cocaína y la marihuana tendremos que poner en la mira al ápice de la pirámide del tráfico, utilizando mecanismos sofisticados de cooperación, como la División de Operaciones Especiales, un centro de operación multiinstitucional bajo la gestión de la DEA que incluye a participantes del Departamento de Justicia y de la Tesorería de los EE.UU. La virtud de ese programa es que administra la tarea desafiante de explotar toda información sensible en una forma que permite proteger las fuentes y los métodos de la inteligencia, logrando al mismo tiempos grandes avances en crear un entorno en el que las instituciones federales para el mantenimiento del orden público puedan compartir información.

En 1982 se creó el programa de la Fuerza Antidrogas Contra el Crimen Organizado (OCDETF, por sus siglas en inglés) para concentrar los recursos en el desmantelamiento y perturbación de las organizaciones traficantes de mayor envergadura y de sus operaciones de lavado o blanqueo de dinero. Hoy, la parte del Departamento de Justicia de la OCDETF ha madurado para convertirse en una estructura de alcance nacional de fuerzas (incluidos fiscales federales y funcionarios del orden público federales, estatales y locales) en nueve regiones, habiendo recibido un total de \$338,6 millones en el año fiscal 2002, y dedicada por completo a hacer cumplir la ley respecto a las drogas. Sin embargo, según las cifras del Departamento de Justicia, en los últimos años, sólo una de cada diez investigaciones de la OCDETF ha incluido una investigación financiera y sólo el 21% de esas investigaciones ha llegado a los niveles de dirigencia de las organizaciones de drogas. El Procurador General ha reorientado la atención del programa OCDETF para garantizar que los esfuerzos de aplicación de la ley se dirijan hacia las organizaciones traficantes más significativas y responsables de distribuir la mayoría de las drogas en los Estados Unidos. Bajo el programa OCDETF, las fuerzas del orden público identificarán en forma estratégica a las organizaciones traficantes más sofisticadas,

eliminarán a sus dirigentes, desintegrarán sus operaciones de transporte y distribución, y desmantelarán su infraestructura financiera. La eficacia del programa OCDETF se medirá según su efecto en la reducción de la oferta de drogas en nuestro país.

El programa de Zonas de Alta Densidad de Tráfico de Drogas (HIDTA, por sus siglas en inglés) es administrado por la ONDCP en veintiocho regiones identificadas como zonas de tráfico elevado en todo el país. En los meses venideros, la ONDCP consultará con el Procurador General, con el Secretario de la Tesorería, con los jefes de las instituciones del orden público federales, estatales y locales, y con los gobernadores y alcaldes pertinentes para determinar la forma en que mejor se pueda garantizar que el programa HIDTA se concentre en los traficantes de alto valor e importancia y en sus infraestructuras financieras.

Los esfuerzos de colaboración, como la Red para el Control de los Delitos Financieros (FinCEN) del Departamento de la Tesorería, tienen que desempeñar un papel de primera línea para ayudar a las fuerzas del orden público federales, estatales y locales a descubrir los delitos financieros de los traficantes de drogas. El Departamento de la Tesorería, como parte de la Estrategia Nacional para el Lavado de Dinero, ha intensificado los esfuerzos de las Zonas de Alta Intensidad de Lavado de Dinero y de Delitos Financieros Afines (HIFCA, por sus siglas en inglés), bajo una gestión conjunta con el Departamento de Justicia. Las fuerzas del orden público federales y los esfuerzos reglamentarios se concentrarán en las empresas de envergadura dedicadas al lavado de dinero en esas zonas.

Sin embargo, a largo plazo, todo lo que hacen las fuerzas federales para el mantenimiento del orden requiere el consenso público en el sentido de que sean justas tanto las leyes que hacen cumplir como la forma en que las aplican. En los últimos años, ese consenso ha sufrido una erosión alarmante. Las

fuerzas del orden público han sido blanco de una campaña que ridiculiza su labor señalando que lo que hacen es encarcelar a los vendedores de drogas de bajo nivel con sentencias que son excesivamente severas. Un volumen imponente de datos, incluida la información más actualizada sobre las condenas federales, indica lo contrario.

Según la Comisión de Sentencias de los Estados Unidos, la cantidad mediana en los casos de tráfico de cocaína es de 1.999 gramos para la cocaína en polvo y de 68,7 gramos para la cocaína “crack” (más de 600 “rocas” de “crack”). Las cifras pertinentes a la heroína y la marihuana son de 512 gramos y de 56.110 gramos, respectivamente, suficiente, en ambos casos, para decenas de millares de dosis. Por tanto, la idea que el sistema federal de justicia penal esté arrestando a legiones de transgresores de pequeño calibre en el campo de las drogas es insostenible, al igual que el alegato que las instituciones federales del orden público están encarcelando, a toda marcha, a individuos por posesión y no por tráfico de drogas ilegales. En el año fiscal 2000, el año más reciente para el cual se dispone de datos, el total de condenas federales por posesión de cocaína, marihuana y heroína combinadas fue doscientas treinta y dos.

La estructura de las sentencias ha fomentado una cierta percepción de injusticia racial en el sistema de justicia penal. Obviamente, el gobierno tiene que promulgar y administrar las leyes en forma justa y equitativa pero reviste igual importancia que ésa sea la percepción ciudadana, ya que si algunos creen que la ley discrimina contra una población dada, ello obstaculiza la capacidad del gobierno para hacer cumplir la ley en beneficio de la sociedad en pleno. Este gobierno está comprometido a trabajar con todas las partes interesadas para garantizar que nuestro sistema de justicia penal actúe y sea percibido como justo.

Ir a la fuente

Si bien la mayor parte de nuestro programa para el control de las drogas está basado en nuestro país, algunos elementos de un programa eficaz de esa naturaleza sólo se pueden desarrollar en el extranjero. Al nivel internacional, nosotros y nuestros aliados atacaremos el poder y las finanzas de las organizaciones internacionales terroristas y delictivas que amenazan nuestra seguridad nacional. Apoyaremos a nuestro socios internacionales en sus esfuerzos para atacar el comercio de las drogas dentro de sus fronteras y trabajaremos a través de las instituciones bancarias y financieras internacionales para combatir las actividades de lavado de dinero relacionadas con las drogas y el terrorismo. Asimismo, haremos todo lo posible para fortalecer las instituciones democráticas y el estado de derecho en las naciones aliadas que están bajo el ataque del comercio de las drogas ilegales. Dejando claramente sentado ante los traficantes que no tendrán refugio seguro alguno contra la justicia, uniremos nuestros esfuerzos a los de nuestros homólogos extranjeros para apoyar sus esfuerzos de enjuiciamiento y sometemos a la justicia a los traficantes extranjeros mediante la aplicación extraterritorial de las leyes estadounidenses.

Seguiremos manteniendo bajo la mira el suministro de drogas ilegales en los países fuente. La industria ilícita que cultiva la coca y produce, transporta y comercializa la cocaína es vulnerable a una acción eficaz de aplicación de la ley. La coca, materia prima para la cocaína, sólo se produce en volúmenes comerciales en la región andina de Suramérica. Asimismo, gran parte de la heroína consumida en los Estados Unidos es producida también en la región andina.

La industria de la coca florece en zonas que carecen de un control eficaz por las fuerzas del orden. Sin embargo, con una presencia gubernamental significativa, con unas fuerzas del orden capaces y

CONSECUENCIAS DEL USO DE LAS DROGAS

Costos económicos para la sociedad. El costo económico total para la sociedad del uso de las drogas ilegales en 2000 se estimó en \$160.000 millones, un incremento del 57% respecto a 1992. Los tres principales componentes del costo total son: costos en la atención para la salud (\$14.900 millones), pérdidas en la productividad (\$110.500 millones) y otros costos (\$35.200 millones), incluidos el costo de bienes y servicios perdidos por acciones delictivas, el sistema de justicia penal y bienestar social.

Gastos en drogas ilegales. En 2000, los estadounidenses gastaron aproximadamente \$64.000 millones en drogas ilegales, más de ocho veces del total de erogaciones federales totales para la investigación sobre el VIH/SIDA, el cáncer y las cardiopatías. Los usuarios internos de drogas gastaron más de

la mitad de ese total (\$35.000 millones) en cocaína. Los gastos para la heroína y la marihuana alcanzaron, para cada una de ellas, cerca de \$10.000 millones; los gastos totales para la metanfetamina fueron de \$5.000 millones.

Muertes relacionadas con las drogas. Los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) estimaron que en 1999, 19.102 personas murieron a consecuencia directa de causas inducidas por drogas (52 de ese tipo de muertes al día). Si bien los datos actuales de los CDC no son directamente comparables con las estimaciones de los años anteriores, hubo un aumento constante en las muertes inducidas por las drogas entre 1990 y 1998, de 9.463 a 16.926.

con la voluntad política de enfrentar la corrupción atrincherada y los grupos políticos poderosos, es posible desintegrar a la industria de la cocaína. Históricamente, los esfuerzos internacionales para reducir la oferta han disminuido el cultivo de la amapola del opio y los cultivos de coca en una serie de países, incluidos Bolivia, Ecuador, Guatemala, Pakistán, Panamá, Perú y Tailandia. En cada uno de esos casos se adaptó con éxito a las condiciones locales una combinación de programas de desarrollo alternativo, de erradicación, de aplicación de la ley y de interdicción.

La democracia está sometida a grandes presiones en la región andina debido, en gran medida, a que el dinero generado por la producción y el tráfico de los narcóticos está a disposición de grupos antidemocráticos bien armados. Los éxitos pasados

en el control de los cultivos en Bolivia y Perú se han visto contrarrestados en parte por los incrementos en el cultivo de la coca en Colombia. En el presente, casi el 90% de la cocaína y la mayoría de la heroína que llegan a los Estados Unidos provienen de Colombia, originándose en la zona meridional de ese país donde es más débil el control del gobierno.

Hasta la fecha, la seguridad y la presencia gubernamental en el sur de Colombia siguen siendo, en el mejor de los casos, limitadas. La erradicación aérea no se ha aplicado con suficiente continuidad o intensidad, y no ha sido suficiente para cambiar la ecuación económica en la región colombiana del Putumayo. La coca sigue siendo el cultivo más lucrativo en las zonas productoras meridionales y los productores, si bien están dispuestos a inscribirse en programas de desarrollo alternativo como protección,

tienen pocos incentivos para proceder con la erradicación voluntaria sin la amenaza omnipresente de la interdicción y la erradicación involuntaria. A medida que el gobierno de Colombia comience a avanzar en la lucha contra el incremento masivo de la producción de coca en zonas que se encuentran bajo el control de grupos armados ilegales, los traficantes de drogas buscarán nuevas fuentes de suministro.

Los Estados Unidos están listos para apoyar a Perú y Bolivia, así como también a Ecuador y otros países de la región, para garantizar que la producción de coca no migre a consecuencia de la presión ejercida en Colombia. El gobierno solicitó \$731 millones en fondos dedicados para el año fiscal 2003 para la Iniciativa Andina Antidrogas a ser aplicada en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela. Casi la mitad de esa suma es para los vecinos de Colombia; el resto es para sustentar los programas en curso en Colombia. De manera similar, casi la mitad de la asistencia se dedica a los esfuerzos de interdicción y erradicación; el resto se aplicará a programas de desarrollo alternativo y de fortalecimiento de las instituciones, como los programas anticorrupción y del sistema judicial. Un ejemplo de esto último es el programa de las Casas de Justicia, que ya ha prestado servicios de tribunales para la solución de controversias a dieciocho comunidades con servicios insuficientes.

Cerca de dos tercios de la cocaína producida en la región andina y destinada a los Estados Unidos entra en el país a través de nuestra frontera común con México. La extradición reciente de traficantes de envergadura, incluido Everardo Arturo Páez Martínez, es prueba que la relación bilateral para el control de las drogas ha mejorado desde el principio de los gobiernos de Fox y Bush. Sin embargo, México enfrenta graves dificultades de implementación debido a la corrupción y a instituciones subdesarrolladas. Nuestra estrategia fundamental en el trabajo con el gobierno mexicano

consistirá en concentrarnos en perturbar y desmantelar las organizaciones narcotraficantes transnacionales de envergadura. El grado de nuestro interés mutuo en esa estrategia está subrayado por las estimaciones que indican que el consumo de cocaína en ese país ha venido aumentando de manera marcada en los últimos años.

Los ataques terroristas del 11 de septiembre han creado una nueva conciencia de nuestra vulnerabilidad interna y destacan la necesidad de examinar cómo manejamos nuestras fronteras. El gobierno está actualmente revisando toda una gama de opciones para lograr un mejor control de nuestras fronteras para impedir que las drogas entren a los Estados Unidos.

En el Caribe enfrentamos una carencia de recursos en las naciones de esa región para adoptar una postura agresiva contra el narcotráfico. En esa zona nos concentraremos en incrementar la cooperación marítima para la interdicción del flujo de drogas, en mejorar las capacidades nacionales para oponerse al narcotráfico, en proporcionar asistencia para fortalecer las fuerzas regionales antinarcóticos, y en apoyar las iniciativas contra el lavado de dinero.

Emplearemos asimismo paquetes más ágiles para la interdicción, como una combinación de un buque, un helicóptero armado y una lancha de persecución de alcance ampliado utilizada en la actualidad en la Operación Nueva Frontera del Servicio de Guardacostas. El éxito de la Operación Nueva Frontera, que puede utilizar una fuerza no letal, incluidos disparos de advertencia y disparos para incapacitar las embarcaciones de los narcotraficantes, ha obligado a los contrabandistas por vía marítima a cambiar sus cálculos en las zonas donde se ha desplegado esa operación. Desarrollaremos paquetes de interdicción con eficacia similar, incluyendo el uso de la aeronave P-3 del Servicio de Guardacostas, para perturbar las operaciones de tráfico en otras zonas del Caribe.

En el Asia central enfrentamos un conjunto diferente de desafíos. Bajo el Talibán, Afganistán se convirtió en la fuente de más del 70% del opio al nivel mundial. Después de anunciar la prohibición de la producción de opio, el Talibán se benefició muchísimo de los precios más elevados por el opio acumulado que estaba bajo su control. A medida que avance la reconstrucción de ese país, los objetivos de los Estados Unidos incluyen garantizar que los ingresos por concepto de las drogas ilegales nunca más financien la inestabilidad regional ni la amenaza del terrorismo internacional.

El Ministro de Relaciones Exteriores interino de Afganistán ya hizo una declaración pública en la que indicó que el gobierno provisional dará los pasos necesarios para erradicar la producción y el tráfico de drogas. No obstante, ya se están sembrando los cultivos y una cosecha significativa en la primavera podría permitir que continúe el comercio de las drogas. La asistencia para el desarrollo de Afganistán se debe diseñar en modo que proporcione incentivos para dejar atrás una economía basada en los cultivos para las drogas y las fuerzas del orden público deben imponer sanciones contra los productores y traficantes de drogas. Esas acciones representarán un desafío particular durante los primeros días de la reconstrucción, y requerirán la participación y aliento continuado y sostenido de la comunidad de donantes internacionales.

Las ganancias ilegales por concepto de drogas del Talibán representan sólo una parte de un problema mundial: los ingresos por concepto de las drogas ayudan a alimentar la violencia terrorista. Se alega que doce de los veintiocho grupos terroristas enumerados por el Departamento de Estado participan, en algún nivel, en el narcotráfico. En Colombia, los tres principales grupos terroristas participan en el comercio de las drogas como fuente de fondos operativos. Eso subraya la necesidad de garantizar que las operaciones internacionales en cooperación de las fuerzas del orden público pongan

bajo la mira a las organizaciones traficantes que, directa o indirectamente, ayudan a financiar el terrorismo internacional.

El comercio de las drogas es un mercado transnacional. Para descalabrarlo se requerirá una respuesta internacional de cooperación. Al igual que en nuestros otros esfuerzos al nivel mundial, trataremos de lograr coaliciones internacionales y aliados confiables para combatir la producción y el tráfico de las drogas. Apoyaremos los esfuerzos regionales, bilaterales y multilaterales de lucha contra la industria del narcotráfico y contra el destructivo mercado que ella abastece.

Estrategia Nacional para el Control de las drogas:
APÉNDICES

Resumen del presupuesto nacional para el control de las drogas

Fondos para el control de las drogas: resumen de las instituciones, FY 2001–FY 2003 (Autoridad Presupuestaria en Millones)

	FY 2001 Final BA	FY 2002 Enacted	FY 2003 Request
Department of Agriculture			
Agricultural Research Service	4.8	4.8	4.8
U.S. Forest Service	5.8	6.8	6.8
Women, Infants & Children	16.1	17.5	19.0
Total, Agriculture	26.7	29.1	30.6
Corporation for National & Community Service	9.4	9.4	14.4
D.C. Court Services and Offender Supervision	58.6	86.4	82.3
Department of Defense			
Counterdrug Operations	1,047.1	997.6	998.8
Plan Colombia	103.3	10.9	0.0
Total, Defense	1,150.3	1,008.5	998.8
Intelligence Community Management Account	34.0	42.8	34.0
Department of Education	634.1	659.5	634.8
Dept. of Health and Human Services			
Administration for Children and Families	83.0	89.6	90.7
Centers for Disease Control and Prevention	223.6	225.4	224.9
Centers for Medicare and Medicaid Services	500.0	560.0	620.0
Health Resources & Services Administration	45.8	47.2	47.2
Indian Health Service	59.9	62.0	63.3
National Institutes of Health (NIDA & NIAAA)	822.7	933.0	994.1
Substance Abuse and Mental Health Services Admin.	1,655.0	1,766.5	1,820.1
Total, HHS	3,389.9	3,683.7	3,860.2

	FY 2001 Final BA	FY 2002 Enacted	FY 2003 Request
Dept. of Housing and Urban Development	309.3	9.0	9.0
Department of the Interior			
Bureau of Indian Affairs	23.2	23.3	23.4
Bureau of Land Management	5.0	5.0	5.0
U.S. Fish & Wildlife Service	1.7	1.0	1.0
National Park Service	9.5	9.5	9.6
Total, Department of Interior	39.5	38.8	39.0
The Judiciary	756.8	819.7	921.1
Department of Justice			
Assets Forfeiture Fund	439.9	360.0	430.0
U.S. Attorneys	228.2	244.6	254.4
Bureau of Prisons	2,341.5	2,525.1	2,443.0
Community Policing	374.7	427.4	653.3
Criminal Division	35.1	37.8	38.7
Drug Enforcement Administration	1,480.4	1,605.4	1,698.5
Federal Bureau of Investigation	707.5	415.5	421.4
Federal Prisoner Detention	375.5	429.4	463.9
Immigration and Naturalization Service	525.0	538.0	713.4
Interagency Crime and Drug Enforcement	325.2	338.6	362.1
INTERPOL	0.3	0.3	0.3
U.S. Marshals Service	223.8	255.1	277.8
Office of Justice Programs	1,016.6	962.6	309.2
Tax Division	0.4	0.4	0.4
Total, Department of Justice	8,074.1	8,140.1	8,066.5
Department of Labor	78.8	79.2	79.4
ONDCP			
Operations	24.7	25.3	25.5
High Intensity Drug Trafficking Areas	208.3	226.4	206.4
Counterdrug Technology Assessment Center	36.0	42.3	40.0
Special Forfeiture Fund	233.1	239.4	251.3
Total, ONDCP	502.1	533.3	523.1

	FY 2001 Final BA	FY 2002 Enacted	FY 2003 Request
Small Business Administration	3.5	3.0	3.0
Department of State			
Bureau of International Narcotics & Law Enforcement			
International Narcotics Control	279.3	197.5	152.2
Plan Colombia / Andean Counterdrug Initiative	0.0	625.0	731.0
Subtotal, INL	279.3	822.5	883.2
Emergencies in the Diplomatic and Consular Service	1.7	1.0	2.5
Public Diplomacy	8.8	9.1	9.5
Total, Department of State	289.8	832.6	895.2
Department of Transportation			
U.S. Coast Guard	745.4	540.4	629.2
Federal Aviation Administration	19.9	19.1	20.3
National Highway Traffic Safety Administration	30.5	31.9	32.2
Total, Department of Transportation	795.8	591.4	681.7
Department of the Treasury			
Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms	164.9	185.4	199.1
U.S. Customs Service	707.7	994.8	995.9
Federal Law Enforcement Training Center	31.9	35.5	30.3
Financial Crimes Enforcement Network	10.8	12.3	13.2
Interagency Crime and Drug Enforcement	103.2	107.6	107.6
Internal Revenue Service	51.5	39.1	42.0
U.S. Secret Service	21.7	26.2	30.8
Treasury Forfeiture Fund	170.2	145.9	145.9
Total, Department of the Treasury	1,262.0	1,546.8	1,564.7
Department of Veterans Affairs	680.9	709.4	741.8
Total Federal Drug Budget	18,095.7	18,822.8	19,179.7

(Detail may not add to totals due to rounding)

Reestructuración del presupuesto nacional para el control de las drogas

Para que haya una mayor responsabilidad/rendición de cuentas en los esfuerzos para controlar las drogas, el gobierno propone una reestructuración significativa del presupuesto nacional para su control. Ese presupuesto incluye cerca de cincuenta cuentas presupuestarias por un total superior a los \$19.000 millones para 2003. Los recientes análisis independientes de esos presupuestos encargados por la ONDCP, así como las revisiones en curso requeridas por los inspectores generales de los departamentos, han identificado debilidades en esas presentaciones presupuestarias. Muchos de esos problemas están asociados con las metodologías empleadas en los presupuestos pertinentes a las drogas utilizadas por las instituciones para estimar el gasto en ese renglón. Las metodologías empleadas en los presupuestos pertinentes a las drogas son imprecisas y con frecuencia, sólo tienen una asociación débil con las misiones fundamentales para su control. Se requiere una reforma del presupuesto nacional para el control de las drogas.

En los meses venideros, el gobierno desarrollará una nueva metodología para el registro y presentación del presupuesto pertinente a las drogas. Las principales pautas que se utilizarán para desarrollar esas estimaciones son:

- Todos los fondos que aparezcan en el presupuesto para las drogas deberán poderse identificar con facilidad como rubros individuales asentados en el presupuesto presidencial o en las justificaciones presupuestarias presentadas por las instituciones al Congreso anexas al presupuesto.

- La presentación general del presupuesto se deberá simplificar mediante la eliminación de varias de las instituciones de apoyo de la tabulación del presupuesto para las drogas. Sólo las instituciones con una misión fundamental de aplicación de la ley respecto a las drogas o de reducción de la demanda aparecerían asentadas en el presupuesto. Ese cambio limitaría el presupuesto a aquellas instituciones o cuentas que han sido, o debieran ser, el punto principal de atención de la política para el control de las drogas. Las instituciones que hagan un aporte mínimo al programa nacional para el control de las drogas serían excluidas de la presentación revisada del presupuesto pertinente.

Es probable que la aplicación de esos principios reduciría en forma drástica los recursos federales que supuestamente representan fondos para el control de las drogas, sin afectar el compromiso federal general de reducir su uso. En congruencia con esos principios, en el cuadro anexo se hace una presentación pro forma del presupuesto para las drogas en su versión revisada. Los detalles de esa propuesta se compartirán con los principales interesados en los meses venideros y después de hacer consultas con el Congreso y con las instituciones dedicadas al control de las drogas, el presupuesto presidencial para el año fiscal 2004 mostrará todos esos cambios. Esa nueva estructura para el presupuesto antidrogas prestará un mejor servicio a los formuladores de políticas y a la ciudadanía al concentrarse en programas que estén realmente orientados hacia la reducción del uso de las drogas.

Pro forma de la propuesta para el presupuesto nacional para el control de las drogas (Autoridad Presupuestaria en Millones)

Agency/Account	FY 01	FY 02	FY 03	Change FY02-03
Defense	970.4	847.6	848.9	1.3
Education (Safe & Drug-Free Schools)	644.3	679.3	644.3	(35.0)
Health and Human Services				
Substance Abuse & Mental Health Services Administration	2,175.0	2,305.8	2,371.0	65.2
National Institute on Drug Abuse	783.6	890.9	948.5	57.6
Justice				
Drug Enforcement Administration	1,480.4	1,605.4	1,698.5	93.1
Interagency Crime & Drug Enforcement	325.2	338.6	362.1	23.5
Immigration & Naturalization Service	201.7	210.1	328.5	118.4
Office of Justice Programs	214.8	255.5	240.2	(15.3)
Office of National Drug Control Policy	502.1	533.3	523.1	(10.2)
State	279.3	859.0	883.2	24.2
Transportation (U.S. Coast Guard)	745.4	540.4	629.2	88.8
Treasury				
Customs Service	714.7	1,004.0	1,004.4	0.4
Interagency Crime & Drug Enforcement	103.2	107.6	107.6	0.0
Veterans Affairs	680.9	709.4	741.8	32.4
Other Presidential Initiatives*	3.5	53.0	58.0	5.0
Total, Federal Drug Control Budget	9,824.6	10,939.9	11,389.3	449.4

* For SBA's Drug-Free Workplace programs, \$3.5 million is included for FY 2001 and \$3.0 million is included for FYs 2002 and 2003. For Corporation for National Service's Parents Drug Corps program, this includes \$5 million for FY 2003. For the COPS Southwest Border Prosecutor initiative, this includes \$50 million for FYs 2002 and 2003.

Reconocimientos

Consulta

La Ley de Reautorización de la Oficina de Política Nacional para el Control de las Drogas de 1998 requiere que el Director de la ONDCP consulte con toda una variedad de peritos y funcionarios para el desarrollo y la implementación de la Estrategia Nacional para el Control de las Drogas. Los consultores especificados incluyen a los jefes de las instituciones que integran el Programa Nacional para el Control de las Drogas, el Congreso, funcionarios estatales y locales, ciudadanos y organizaciones con experiencia y conocimientos en el campo de la reducción de la oferta y la demanda, así como representantes pertinentes de gobiernos extranjeros. En 2001, la ONDCP consultó con ambas Cámaras del Congreso y con veintiuna instituciones federales. Al nivel estatal y local, se consultó con cincuenta y ocho gobernadores en función y elegidos, así como con la Asociación Nacional de Gobernadores, la Conferencia de Alcaldes Estadounidenses y la Asociación Nacional de Condados. La ONDCP también solicitó aportes de una amplia gama de organizaciones sin fines de lucro, coaliciones comunitarias antidrogas, cámaras de comercio, asociaciones profesionales, instituciones educativas y de investigación, y organizaciones religiosas. Durante la elaboración de la Estrategia Nacional para el Control de las Drogas se solicitaron las opiniones de los individuos y organizaciones indicados a continuación.

Miembros del Senado

Daniel K. Akaka – HI
Joseph R. Biden – DE
Jeff Bingaman – NM
Christopher Bond – MO
Sam Brownback – KS
Jim Bunning – KY
Ben Nighthorse Campbell – CO
Maria Cantwell – WA
Jean Carnahan – MO
Thomas R. Carper – DE
Max Cleland – GA
Hillary Rodham Clinton – NY
Thad Cochran – MS
Susan M. Collins – ME
Mark Dayton – MN
Mike DeWine – OH
Christopher J. Dodd – CT
Bryon L. Dorgan – ND
Richard J. Durbin – IL
John Edwards – NC
Michael B. Enzi – WY
Russell D. Feingold – WI
Dianne Feinstein – CA
Bill Frist – TN
Bob Graham – FL
Charles E. Grassley – IA
Judd Gregg – NH
Tom Harkin – IA
Orrin G. Hatch – UT
Tim Hutchinson – AR
Kay Bailey Hutchison – TX
James M. Jeffords – VT
Edward M. Kennedy – MA
Herb Kohl – WI
Jon L. Kyl – AZ
Mary L. Landrieu – LA
Patrick J. Leahy – VT

Carl Levin – MI
 Joseph P. Lieberman – CT
 Mitch McConnell – KY
 Barbara A. Mikulski – MD
 Patty Murray – WA
 Jack Reed – RI
 Pat Roberts – KS
 Charles E. Schumer – NY
 Jeff Sessions – AL
 Richard C. Shelby – AL
 Arlen Specter – PA
 Ted Stevens – AK
 Fred D. Thompson – TN
 Strom Thurmond – SC
 Robert G. Torricelli – NJ
 George V. Voinovich – OH
 John W. Warner – VA
 Paul D. Wellstone – MN

J.D. Hayworth – AZ
 John N. Hostettler – IN
 Steny H. Hoyer – MD
 Duncan L. Hunter – CA
 Henry J. Hyde – IL
 Johnny Isakson – GA
 Ernest J. Istook – OK
 Jack Kingston – GA
 Mark Steven Kirk – IL
 Jim Kolbe – AZ
 Tom Latham – IA
 Ron Lewis – KY
 Frank LoBiondo – NJ
 Carrie Meek – FL
 John L. Mica – FL
 Dan Miller – FL
 Sue Myrick – NC
 George R. Nethercutt – WA
 Anne Meagher Northup – KY
 Doug Ose – CA
 John E. Peterson – PA
 Rob Portman – OH
 David E. Price – NC
 Harold Rogers – KY
 Mike Rogers – MI
 Ileana Ros-Lehtinen – FL
 Steven R. Rothman – NJ
 Bernard Sanders – VT
 Janice D. Schakowsky – IL
 Pete Sessions – TX
 Don Sherwood – PA
 Robert R. Simmons – CT
 Lamar S. Smith – TX
 Mark Souder – IN
 John E. Sununu – NH
 John E. Sweeney – NY
 W. J. “Billy” Tauzin – LA
 Todd Tiahrt – KS
 Jim Turner – TX
 Peter J. Visclosky – IN
 Zach Wamp – TN
 J.C. Watts – OK
 Curt Weldon – PA
 Roger F. Wicker – MS
 Heather Wilson – NM
 Frank R. Wolf – VA

Miembros de la Cámara de Representantes

Robert B. Aderholt – AL
 Thomas H. Allen – ME
 Cass Ballenger – NC
 Bob Barr – GA
 Joe Barton – TX
 Judy Biggert – IL
 Rod R. Blagojevich – IL
 Henry Bonilla – TX
 Dan Burton – IN
 Ken Calvert – CA
 Howard Coble – NC
 Elijah E. Cummings – MD
 Danny K. Davis – IL
 Jo Ann Davis – VA
 Nathan Deal – GA
 Ernie L. Fletcher – KY
 Benjamin A. Gilman – NY
 Robert W. Goodlatte – VA
 Porter J. Goss – FL
 Kay Granger – TX
 Melissa Hart – PA
 J. Dennis Hastert – IL

Instituciones federales

Department of Agriculture
 Department of Defense
 Department of Education
 Department of Health and Human Services
 Department of Housing and Urban Development
 Department of the Interior
 Department of Justice
 Department of Labor
 Department of State
 Department of Transportation
 Department of the Treasury
 Department of Veterans Affairs
 Civil Air Patrol
 Corporation for National and Community Service
 Small Business Administration
 Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms
 Drug Enforcement Administration
 Federal Bureau of Investigation
 Joint Task Force 6
 National Institute on Drug Abuse
 Substance Abuse and Mental Health Services
 Administration
 U.S. Customs Service
 U.S. Forest Service
 U.S. Marshals Service
 U.S. Secret Service

Gobernadores

Lincoln C. Almond – RI
 Juan Babauta – MP
 Roy E. Barnes – GA
 Jeb Bush – FL
 Sila M. Calderón – PR
 Benjamin J. Cayetano – HI
 Gray Davis – CA
 Howard Dean – VT
 Donald T. DiFrancesco – NJ (outgoing)
 Michael F. Easley – NC
 John Engler – MI
 Mike Foster, Jr. – LA

Jim Geringer – WY
 James S. Gilmore III – VA (outgoing)
 Parris N. Glendening – MD
 Bill Graves – KS
 Kenny C. Guinn – NV
 Carl T.C. Gutierrez – GU
 Jim Hodges – SC
 John Hoeven – ND
 Bob Holden – MO
 Mike Huckabee – AR
 Jane Dee Hull – AZ
 William J. Janklow – SD
 Mike O. Johanns – NE
 Gary E. Johnson – NM
 Frank Keating – OK
 Dirk Kempthorne – ID
 Angus S. King, Jr. – ME
 John A. Kitzhaber – OR
 Tony Knowles – AK
 Michael O. Leavitt – UT
 Gary Locke – WA
 Judy Martz – MT
 Scott McCallum – WI
 James E. McGreevey – NJ
 Ruth Ann Minner – DE
 Ronnie Musgrove – MS
 Frank O'Bannon – IN
 Bill Owens – CO
 George E. Pataki – NY
 Paul E. Patton – KY
 Rick Perry – TX
 John G. Rowland – CT
 George H. Ryan – IL
 Mark Schweiker – PA
 Jeanne Shaheen – NH
 Don Siegelman – AL
 Don Sundquist – TN
 Jane Swift – MA
 Bob Taft – OH
 Tauese P.F. Sunia – AS
 Pedro P. Tenorio – MP (outgoing)
 Charles W. Turnbull – VI
 Thomas J. Vilsack – IA
 Jesse Ventura – MN
 Mark Warner – VA
 Robert E. Wise, Jr. – WV

Organizaciones y personas particulares

100 Black Men of America, Inc.
 Abt Associates, Inc.
 Addiction Research and Treatment Corporation
 AFL-CIO
 Alcohol and Drug Problems Association of North America
 Alliance for Consumer Education
 America Cares, Inc.
 American Correctional Association
 American Enterprise Institute
 American Federation of Government Employees
 American Federation of Teachers
 American Medical Association
 American Methadone Treatment Association, Inc.
 American Police Command Officers Association
 American Psychological Association
 American Public Health Association
 American Public Welfare Association
 American Society of Addiction Medicine
 Appalachian State University of North Carolina
 Arizona Department of Education
 Ken Barun
 Peter Bell
 Boy Scouts of America
 Boys and Girls Clubs of America
 Brookings Institution
 Caliber Associates
 California Narcotics Officers Association
 Californians for Drug-Free Youth
 Carnegie Mellon University
 Carnevale Associates, LLC
 Catholic Charities U.S.A.
 Center for Media Education, Inc.
 Center for Media Literacy
 Center for Problem-Solving Courts
 Center for Science in the Public Interest
 Century Foundation
 Child Welfare League of America, Inc.
 Church of Jesus Christ of Latter Day Saints
 Civic Solutions
 Colorado Department of Human Services

Columbia University
 Community Anti-Drug Coalitions of America
 Congress of National Black Churches
 Corporate Community
 Bob Cote
 Council of State Governments
 Barry Crane
 D.A.R.E. America
 Direct Impact
 Drug and Alcohol Service Providers
 Organization of Pennsylvania (DASPOP)
 Drug Free America Foundation, Inc.
 Drug Free Pennsylvania
 Drug Watch International
 Dupont Associates, PA
 Employee Assistance Professionals Association
 Employee Health Programs, Inc.
 Empower America
 Entertainment Industries Council, Inc.
 Family Research Council
 Federal Law Enforcement Officers Association
 Florida Chamber of Commerce
 Fraternal Order of Police
 Georgia State University Department of Psychology
 Girl Scouts of the U.S.A.
 Heritage Foundation
 Hispanic American Police Command
 Officer's Association
 Institute for a Drug-Free Workplace
 Institute for Social Research
 Institute for Youth Development
 Institute on Global Drug Policy
 International Brotherhood of Police Officers
 International City/County Management Association
 Iowa Board of Parole
 Jewish Council for Public Affairs
 Johnson Institute Foundation
 Join Together
 Joint Center for Political and Economic Studies
 Kiwanis International
 Legal Action Center
 Melvyn Levitsky
 Lewin Group
 John Linder
 Los Alamos Citizens Against Substance Abuse (LACASA)

Major City Chiefs Organization
 Maximizing Adolescent Potentials
 Miami Coalition
 Milton Eisenhower Foundation
 William Mockler
 Mothers Against Drunk Driving (MADD)
 Nashville Center for Family Life
 National Alliance of State Drug Enforcement Agencies
 National Asian Pacific American Families Against Substance Abuse (NAPAFASA)
 National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors
 National Association of Attorneys General
 National Association of Children of Alcoholics (NACOA)
 National Association of Counties
 National Association of County Behavioral Health Directors
 National Association of Drug Court Professionals
 National Association of Elementary School Principals
 National Association of Native American Children of Alcoholics (NANACOA)
 National Association of Neighborhoods
 National Association of Police Organizations
 National Association of Secondary School Principals
 National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD)
 National Association of Student Assistance Professionals
 National Black Child Development Institute, Inc.
 National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA)
 National Center for Missing and Exploited Children
 National Center for State Courts
 National Center for Tobacco-Free Kids
 National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations
 National Conference of State Legislators
 National Council of Juvenile and Family Court Judges
 National Crime Prevention Council
 National Criminal Justice Association
 National District Attorneys Association
 National Drug Prevention League
 National Families in Action
 National Family Partnership
 National Federation of State High School Associations
 National Governors' Association
 National Hispanic/Latino Community Prevention Network
 National Inhalant Prevention Coalition
 National Institute of Citizen Anti-drug Policy (NICAP)
 National Legal Aid and Defenders Association
 National Masonic Foundation for Children
 National Mental Health Association
 National Narcotics Officers' Association Coalition
 National Opinion Research Center
 National Organization of Black Law Enforcement Executives
 National Parents and Teachers Association
 National Pharmaceutical Council, Inc.
 National Research Council Committee on National Statistics
 National School Boards Association
 National Sheriffs Association
 National Treatment Accountability for Safer Communities
 National Treatment Consortium
 National Troopers Coalition
 National Development and Research Institutes (NDRI)
 New York University School of Medicine
 Northwestern University Department of Economics and Institute for Policy Research
 Operation PAR, Inc.
 Oregon Partnership
 Orthodox Union
 Parents' Resource Institute for Drug Education, Inc. (PRIDE)
 Partnership for a Drug-Free America
 Phoenix House
 Physicians for Prevention (PFP)
 Police Executive Research Forum
 Police Foundation
 Prevention, Intervention, and Treatment Coalition for Health
 Prevention Think Tank
 RAND Drug Policy Research Center

Research Triangle Institute
 Robert Wood Johnson Foundation
 Robert Wood Johnson Medical School
 Department of Psychiatry
 Laurie Robinson
 Safe Streets
 Sally Satel
 Scott Newman Center
 Southern Christian Leadership Conference
 Substance Abuse Program Administrators
 Association (SAPAA)
 Support Center for Alcohol and Drug Research
 and Education
 Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse
 Therapeutic Communities of America
 Treatment Accountability for Safer Communities
 Troy Community Coalition for the Prevention of
 Drug and Alcohol Abuse
 Union of American Hebrew Congregations
 United Methodist Church Washington
 Episcopal Area
 U.S. Conference of Mayors
 United Synagogue of Conservative Judaism
 University of Arizona
 University of California, Los Angeles
 Neuropsychiatric Institute
 University of Chicago
 University of Delaware Center for Drug and
 Alcohol Studies
 University of Florida Brain Institute
 University of Kentucky Center for Prevention
 Research
 University of Maryland School of Public Affairs
 University of Texas at Austin Institute for
 Advanced Technology
 Urban Institute Justice Policy Center
 Washington Business Group on Health
 Workers Assistance Program
 Yale School of Public Health
 YMCA of America

Datos relacionados con las drogas

Lista de cuadros: datos nacionales

Gastos de los usuarios de drogas

Table 1 Total U.S. Expenditures on Illicit Drugs, 1988–2000 (\$ Billions)

Uso de las drogas

Table 2 Trends in Selected Drug Use Indicators, 1979–2000 (Estimated Number and Percent Prevalence)

Table 3 Estimated Number of Chronic and Occasional Users of Cocaine and Heroin, 1988–2000 (Thousands)

Table 4 Drug Use by Current Employment Status, 1995–2000 (Percent Prevalence)

Table 5 Trends in 30-Day Prevalence of Selected Drugs Among 8th, 10th, and 12th Graders, Monitoring the Future Study, 1991–2001 (Percent Prevalence)

Table 6 Trends in Harmfulness of Drugs as Perceived by 8th, 10th, and 12th Graders, Monitoring the Future Study, 1991–2001

Table 7 Percentage of High School Students Who Used Selected Drugs by Sex, Race/Ethnicity, and Grade, Youth Risk Behavior Survey, 1990, 1991, 1993, 1995, 1997, and 1999

Table 8 Percentage of High School Students Who Reported Engaging in Drug-Related Behaviors on School Property by Sex, Race/Ethnicity, and Grade, Youth Risk Behavior Survey, 1990, 1991, 1993, 1995, 1997, and 1999

Table 9 Percentage of Alternative High School Students Who Used Selected Drugs, by Sex, Race/Ethnicity, and Grade, 1998

Table 10 Annual High School Dropout Rates for Grades 10–12, by Sex, Race, and Hispanic Origin, 1980–2000

Table 11 Past-Month Drug Use for Youth Ages 12–21, by Age, Dropout Status, Type of Drug Used, and Race/Ethnicity, Youth Risk Behavior Survey, 1992 (Percent Prevalence)

- Table 12** Lifetime Costs of Dropping Out of High School (1993 \$)
- Table 13** Summary of the Monetary Value of Saving a High-Risk Youth
- Table 14** Substance Abuse Among Probationers, State Prison Inmates, and Federal Prison Inmates
- Table 15** Alcohol, Drug, and Mental Health (ADM) Problems Among Homeless Clients, 1996
- Table 16** Characteristics Perceived by Respondents to Prevent Exit From Homelessness, 1996
- Table 17** Substance Use Experiences by Homeless Status, 1996

Consecuencias del uso de las drogas

- Table 18** Estimated Costs to Society of Drug Abuse, 1992–2000 (\$ Millions)
- Table 19** Estimated Productivity Losses Due to Drug Abuse, 1992–2000 (\$ Millions)
- Table 20** Number of Deaths and Death Rates for Drug-Induced Causes, by Sex and Race, United States, 1979–1999
- Table 21** Trends in Drug-Related Emergency Room Episodes and Selected Drug Mentions, 1988–2000
- Table 22** Estimated Number of Persons Living With AIDS, by Sex and Exposure Category, 1993–1999
- Table 23** Estimated Number of Deaths of Persons With AIDS, by Sex and Exposure Category, 1993–1999
- Table 24** Reported Tuberculosis Cases and Percentage of Cases in Injecting and Noninjecting Drug Users 1996–2000
- Table 25** Reported Hepatitis Cases, 1995–1999
- Table 26** Total Crime, Violent Crime, and Property Crime, 1989–2000
- Table 27** Total Estimated Arrests and Drug Arrests, 1989–2000
- Table 28** Adult Drug Offenders in Custody of State or Federal Prisons, 1989–2000

Tratamiento contra las drogas

- Table 29** One-Day Census of Clients in Treatment, by Facility Ownership, 1980–2000
- Table 30** One-Day Census of Clients in Alcohol and/or Drug Abuse Treatment, by Age Group and Type of Care, 1987–2000
- Table 31** Estimated Number of Persons Age 12 or Older Who Needed and Received Treatment for an Illicit Drug Problem in the Past Year, by Demographic Characteristics, 2000 (Thousands)

Disponibilidad de las drogas

- Table 32** Trends in Cocaine Supply, 1989–2000 (Metric Tons)
- Table 33** Average Price and Purity of Cocaine and Heroin in the United States, 1981–2000
- Table 34** Federal-wide Cocaine, Heroin, Methamphetamine, and Cannabis Seizures, 1989–2001 (Kilograms)
- Table 35** Eradicated Domestic Cannabis by Plant Type, 1982–2001 (Plants in Thousands)
- Table 36** Estimated Worldwide Potential Net Production of Opium, 1987–2000 (Metric Tons)
- Table 37** Estimated Worldwide Potential Net Production of Cannabis, 1987–2000 (Metric Tons)
- Table 38** Estimated Worldwide Potential Net Production of Coca Leaf, 1987–2000 (Metric Tons)
- Table 39** Domestic Drug Consumption, Calendar Years 1996–2000 (Metric Tons)
- Table 40** Trends in Heroin Supply, 1996–2000 (Metric Tons)
- Table 41** Amount of Coca Leaf Cultivated and Eradicated, Calendar Years 1987–2000 (Hectares)
- Table 42** Amount of Opium Poppy Cultivated and Eradicated, Calendar Years 1990–2000 (Hectares)
- Table 43** Amount of Cannabis Cultivated and Eradicated by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000 (Hectares)

Table 44 Amount of Cocaine Seized by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000
(Metric Tons)

Table 45 Amount of Heroin Seized by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000
(Kilograms)

Table 46 Amount of Marijuana Seized by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000
(Metric Tons)

Table 47 Number of Drug Labs Destroyed by Foreign Countries, Calendar Years
1990–2000

Table 48 DEA-Reported Seizures of MDMA, 1998–2001

Lista de cuadros: datos estatales, locales e internacionales

- Table 49** Estimated Numbers (Thousands) and Percentages of Past-Month Users of Any Illicit Drug, by State or Jurisdiction, Age 12 or Older 1999
- Table 50** Estimated Numbers of Persons Age 12 or Older Needing But Not Receiving Treatment for an Illicit Drug Problem in the Past Year, by State, 2000
- Table 51** Number of Clients in Treatment Age 12 or Older by Substance Abuse Problem, According to State or Jurisdiction, October 1, 1997, October 1, 1998, and October 1, 2000
- Table 52** Percentage of Adult Male Booked Arrestees Who Used Any Drug, by Location, 1991–2000
- Table 53** Percentage of Adult Male Booked Arrestees Who Used Marijuana, by Location, 1991–2000
- Table 54** Percentage of Adult Male Booked Arrestees Who Used Cocaine, by Location, 1991–2000
- Table 55** Percentage of Adult Male Booked Arrestees Who Used Opiates, by Location, 1991–2000
- Table 56** Percentage of Adult Male Booked Arrestees Who Used Methamphetamine, by Location, 1991–2000
- Table 57** Percentage of Adult Female Booked Arrestees Who Used Any Drug, by Location, 1991–2000
- Table 58** Percentage of Adult Female Booked Arrestees Who Used Marijuana, by Location, 1991–2000
- Table 59** Percentage of Adult Female Booked Arrestees Who Used Cocaine, by Location, 1991–2000
- Table 60** Percentage of Adult Female Booked Arrestees Who Used Opiates, by Location, 1991–2000
- Table 61** Percentage of Adult Female Booked Arrestees Who Used Methamphetamine, by Location, 1991–2000

- Table 62** Percentage of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Any Drug, by Location, 1994–2000
- Table 63** Percentage of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Marijuana, by Location, 1994–2000
- Table 64** Percentage of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Cocaine, by Location, 1994–2000
- Table 65** Percentage of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Opiates, by Location, 1994–2000
- Table 66** Percentage of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Methamphetamine, by Location, 1997–2000
- Table 67** Methamphetamine Lab Seizures, by State, 1995–2001
- Table 68** Estimated Number of Emergency Department Drug Episodes, by Metropolitan Area, 1993–2000
- Table 69** Estimated Number of Emergency Department Cocaine Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000
- Table 70** Estimated Number of Emergency Department Heroin/Morphine Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000
- Table 71** Estimated Number of Emergency Department Marijuana/Hashish Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000
- Table 72** Estimated Number of Emergency Department Methamphetamine/Speed Mentions, by Metropolitan Area by Year, 1993–2000
- Table 73** Alcohol and Other Drug Use Among Students in Selected European Countries and the U.S., 1995 and 1999
- Table 74** Percentage of High School Students Who Used Selected Drugs, by State, Youth Risk Behavior Survey, 1999 State Surveys
- Table 75** Percentage of High School Students Who Used Selected Drugs in Selected Cities, Youth Risk Behavior Survey, 1999 Local Surveys

DRUG USER EXPENDITURES

Table 1. Total U.S. Expenditures on Illicit Drugs, 1988–2000 (\$ Billions)

Year	Cocaine	Heroin	Marijuana	Meth- amphetamine	Other drugs	Total
1988	\$107.0	\$26.1	\$12.1	\$5.8	\$3.3	\$154
1989	\$88.4	\$24.3	\$11.0	\$5.8	\$2.8	\$132
1990	\$69.9	\$22.5	\$15.0	\$5.7	\$2.2	\$115
1991	\$57.1	\$20.3	\$14.0	\$3.7	\$2.3	\$97
1992	\$49.9	\$17.2	\$14.6	\$4.8	\$1.5	\$88
1993	\$45.0	\$13.8	\$12.0	\$5.1	\$1.5	\$77
1994	\$42.8	\$13.2	\$12.2	\$7.6	\$2.6	\$78
1995	\$40.0	\$13.2	\$10.2	\$9.2	\$2.7	\$75
1996	\$39.2	\$12.8	\$9.5	\$10.1	\$2.7	\$74
1997	\$34.7	\$11.4	\$10.5	\$9.3	\$2.5	\$68
1998	\$34.9	\$11.1	\$10.8	\$8.0	\$2.3	\$67
1999	\$35.6	\$10.1	\$10.6	\$5.8	\$2.6	\$65
2000*	\$35.3	\$10.0	\$10.5	\$5.4	\$2.4	\$64

*Estimates for 2000 are projections.

Note: Amounts are in constant 2000 dollars.

Source: Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988–2000*, (in press).

DRUG USE

Table 2. Trends in Selected Drug Use Indicators, 1979–2000¹ (Estimated Number and Percent Prevalence)

Year	Current use of any illicit drug ²	Current cocaine use ²	Occasional (less than monthly) cocaine use	Current marijuana use ²	Lifetime heroin use	Any adolescent ³ illicit drug use ²	Lifetime adolescent ³ inhalant use ⁴
Users (thousands)							
1979	25,400	4,700	—	23,800	2,300	4,100	—
1982	—	4,500	—	21,500	1,800	2,800	—
1985	23,300	5,700	7,100	18,600	1,800	3,200	—
1988	15,000	3,100	5,100	12,400	1,700	1,900	—
1990	13,500	1,700	3,700	10,900	1,500	1,600	—
1991	13,400	2,000	3,800	10,400	2,400	1,400	—
1992	12,000	1,400	3,000	9,700	1,700	1,300	—
1993	12,300	1,400	2,700	9,600	2,100	1,400	—
1994	12,600	1,400	2,400	10,100	2,100	1,800	1,500
1995	12,800	1,500	2,500	9,800	2,500	2,400	1,600
1996	13,000	1,700	2,600	10,100	2,400	2,000	1,300
1997	13,900	1,500	2,600	11,100	2,000	2,600	1,600
1998	13,600	1,800	2,400	11,000	2,400	2,300	1,400
1999-CAI	13,829	1,552	1,926	10,458	3,054	2,265	2,118
2000-CAI	14,027	1,213	1,732	10,714	2,779	2,264	2,079
Rate of use (%)							
1979	14.1	2.6	—	13.2	1.3	16.3	—
1982	—	2.4	—	11.5	1.0	—	—
1985	12.1	3.0	3.7	9.7	0.9	13.2	—
1988	7.7	1.6	2.6	6.2	0.9	8.1	—
1990	6.7	0.9	1.8	5.4	0.8	7.1	—
1991	6.6	1.0	1.9	5.1	1.2	5.8	—
1992	5.8	0.7	1.5	4.7	0.8	5.3	—
1993	5.9	0.7	1.3	4.6	1.0	5.7	—
1994	6.0	0.7	1.2	4.8	1.0	8.2	7.0
1995	6.1	0.7	1.2	4.7	1.2	10.9	7.4
1996	6.1	0.8	1.2	4.7	1.1	9.0	5.9
1997	6.4	0.7	1.2	5.1	0.9	11.4	7.2
1998	6.2	0.8	1.1	5.0	1.1	9.9	6.1
1999-PAPI	7.0	0.8	—	5.4	—	9.0	—
1999-CAI	6.3	0.7	0.9	4.7	1.4	9.8	9.1
2000-CAI	6.3	0.5	0.8	4.8	1.2	9.7	8.9

— Data not available.

¹In 1999, the survey methodology changed from a paper-and-pencil interview (PAPI) to a computer-assisted interview (CAI). A PAPI supplement conducted in 1999 provides estimates that are comparable to previous years. Estimates based on the new CAI methodology are not directly comparable to previous years.

²Data for past-month (current) use.

³Ages 12–17 years.

⁴Prior to a 1994 questionnaire change; data did not allow separate reporting for this age group.

Note: "Any illicit drug use" includes use of marijuana, cocaine, hallucinogens, inhalants (except in 1982), heroin, or nonmedical use of sedatives, tranquilizers, stimulants, or analgesics. The exclusion of inhalants in 1982 is believed to have resulted in underestimates of any illicit use for that year, especially for adolescents.

Sources: National Institute on Drug Abuse (1979–1991), and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1992–2000), *National Household Survey on Drug Abuse*.

Table 3. Estimated Number of Chronic and Occasional Users of Cocaine and Heroin, 1988–2000 (Thousands)

Year	Cocaine users		Heroin users	
	Occasional ¹	Chronic ²	Occasional ¹	Chronic ²
1988	6,000	3,984	170	1,341
1989	5,300	3,824	150	1,266
1990	4,600	3,558	140	1,119
1991	4,478	3,379	359	1,015
1992	3,503	3,269	304	955
1993	3,332	3,081	230	945
1994	2,930	3,032	281	932
1995	3,082	2,866	428	923
1996	3,425	2,828	455	910
1997	3,487	2,847	597	904
1998	3,216	2,800	253	901
1999	3,216	2,755	253	898
2000*	3,035	2,707	253	898

Note: Data in this table are preliminary composite estimates derived from the *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA) and the *Arrestee Drug Abuse Monitoring (ADAM)* program (see W. Rhodes "Synthetic Estimation Applied to the Prevalence of Drug Use," *Journal of Drug Issues* 23(2):297–321, 1993, for a detailed description of the methodology). The NHSDA was not administered in 1989. Estimates for 1989 are the average for 1988 and 1990.

*Estimates for 2000 are projections.

¹ "Occasional" is defined as using drugs fewer than 10 days per month.

² "Chronic" is defined as more than 10 days per month.

Source: Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988–2000*, (in press).

Table 4. Drug Use by Current Employment Status,¹ 1995–2000² (Percent Prevalence)

	Full-time	Part-time	Unemployed	Other ³
Past month use of any illicit drug				
1995	5.5	9.0	14.3	3.1
1996	6.2	8.6	12.5	3.0
1997	6.5	7.7	13.8	3.0
1998	6.4	7.4	18.2	2.8
1999 CAI	6.1	6.3	6.2	3.3
2000 CAI	6.3	7.8	15.4	3.5
Past month use of marijuana				
1995	4.2	7.5	12.6	1.9
1996	4.9	6.2	10.0	2.3
1997	5.0	6.6	12.2	2.4
1998	5.1	6.5	15.1	2.0
1999 CAI	4.7	6.6	12.1	2.2
2000 CAI	4.8	6.3	13.3	2.5
Past month use of cocaine				
1995	0.7	0.8	2.1	0.4
1996	0.9	1.1	2.4	0.4
1997	0.7	0.9	2.4	0.3
1998	0.9	0.5	3.4	0.4
1999 CAI	0.8	0.8	2.9	0.3
2000 CAI	0.6	0.9	2.0	0.3

¹Data on current employment are for persons age 18 and older.

²In 1999, the survey methodology changed from a paper-and-pencil interview to a computer-assisted interview (CAI). Estimates based on the new CAI methodology are not directly comparable to previous years.

³Retired, disabled, homemaker, student, or "other."

Source: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *National Household Survey on Drug Abuse* (1995–2000).

Table 5. Trends in 30-Day Prevalence of Selected Drugs Among 8th, 10th, and 12th Graders, Monitoring the Future Study, 1991–2001 (Percent Prevalence)

Selected drug/grade	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2000-2001 Change
Marijuana/hashish												
8 th grade	3.2	3.7	5.1	7.8	9.1	11.3	10.2	9.7	9.7	9.1	9.2	+0.1
10 th grade	8.7	8.1	10.9	15.8	17.2	20.4	20.5	18.7	19.4	19.7	19.8	0.0
12 th grade	13.8	11.9	15.5	19.0	21.2	21.9	23.7	22.8	23.1	21.6	22.4	+0.8
Inhalants¹												
8 th grade	4.4	4.7	5.4	5.6	6.1	5.8	5.6	4.8	5.0	4.5	4.0	-0.5
10 th grade	2.7	2.7	3.3	3.6	3.5	3.3	3.0	2.9	2.6	2.6	2.4	-0.1
12 th grade ²	2.4	2.3	2.5	2.7	3.2	2.5	2.5	2.3	2.0	2.2	1.7	-0.5
Hallucinogens												
8 th grade	0.8	1.1	1.2	1.3	1.7	1.9	1.8	1.4	1.3	1.2	1.2	0.0
10 th grade	1.6	1.8	1.9	2.4	3.3	2.8	3.3	3.2	2.9	2.3	2.1	-0.2
12 th grade	2.2	2.1	2.7	3.1	4.4	3.5	3.9	2.8	3.5	3.5	3.2	+0.6
LSD												
8 th grade	0.6	0.9	1.0	1.1	1.4	1.5	1.5	1.1	1.1	1.0	1.0	0.0
10 th grade	1.5	1.6	1.6	2.0	3.0	2.4	2.8	2.7	2.3	1.6	1.5	-0.2
12 th grade	1.9	2.0	2.4	2.6	4.0	2.5	3.1	3.2	2.7	1.6	2.3	+0.7s
Cocaine												
8 th grade	0.5	0.7	0.7	1.0	1.2	1.3	1.1	1.4	1.3	1.2	1.2	-0.1
10 th grade	0.7	0.7	0.9	1.2	1.7	1.7	2.0	2.1	1.8	1.8	1.3	-0.4
12 th grade	1.4	1.3	1.3	1.5	1.8	2.0	2.3	2.4	2.6	2.1	2.1	-0.1
Stimulants												
8 th grade	2.6	3.3	3.6	3.6	4.2	4.6	3.8	3.3	3.4	3.4	3.2	-0.3
10 th grade	3.3	3.6	4.3	4.5	5.3	5.5	5.1	5.1	5.0	5.4	5.6	+0.2
12 th grade	3.2	2.8	3.7	4.0	4.0	4.1	4.8	4.6	4.5	5.0	5.6	+0.2
Alcohol (any use)³												
8 th grade	25.1	26.1	24.3	25.5	24.6	26.2	24.5	23.0	24.0	22.4	21.5	-0.9
10 th grade	42.8	39.9	38.2	39.2	38.8	40.4	40.1	38.8	40.0	41.0	39.0	-2.0
12 th grade	54.0	51.3	48.6	50.1	51.3	50.8	52.7	52.0	51.0	50.0	49.8	-0.3

Notes: Level of significance of difference between the two most recent classes: s=.05. Any inconsistency between the 2000–2001 change estimate and the respective prevalence estimates is due to rounding.

Approximate Ns	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
8 th grade	17,500	18,600	18,300	17,300	17,500	17,800	18,600	18,100	16,700	17,300	16,200
10 th grade	14,800	14,800	15,300	15,800	17,000	15,600	15,500	15,000	13,600	14,600	14,000
12 th grade	15,000	15,800	16,300	15,400	15,400	14,300	15,400	15,200	13,600	13,300	12,800

¹ Unadjusted for underreporting of amyl and butyl nitrites.

² Data for 12th graders only are based on five of six questionnaire forms; N is five-sixths of N indicated.

³ For all grades: For 1993, the question text was changed slightly in one-half of the forms to indicate that a “drink” meant “more than a few sips.” For 1993, N is one-half of N indicated for all groups. Data after 1993 were based on all forms for all grades.

Source: Institute for Social Research, University of Michigan, *Monitoring the Future* study (December 2001).

Table 6. Trends in Harmfulness of Drugs as Perceived by 8th, 10th, and 12th Graders, Monitoring the Future Study, 1991–2001

Drug Behavior	Percentage saying “great risk” ¹											2000– 2001 Change
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
8th grade												
How much do you think people risk harming themselves (physically or in other ways), if they . . .												
Try marijuana once or twice	40.4	39.1	36.2	31.6	28.9	27.9	25.3	28.1	28.0	29.0	27.7	-1.3
Smoke marijuana occasionally	57.9	56.3	53.8	48.6	45.9	44.3	43.1	45.0	45.7	47.4	46.3	-1.2
Smoke marijuana regularly	83.8	82.0	79.6	74.3	73.0	70.9	72.7	73.0	73.9	74.8	72.2	-2.5
Try crack once or twice ²	62.8	61.2	57.2	54.4	50.8	51.0	49.9	49.3	48.7	48.5	48.6	+0.2
Take crack occasionally ²	82.2	79.6	76.8	74.4	72.1	71.6	71.2	70.6	70.6	70.1	70.0	-0.1
Try cocaine powder once or twice ²	55.5	54.1	50.7	48.4	44.9	45.2	45.0	44.0	43.3	43.3	43.9	+0.6
Take cocaine powder occasionally ²	77.0	74.3	71.8	69.1	66.4	65.7	65.8	65.2	65.4	65.5	65.8	+0.4
Approximate N	17,437	18,662	18,366	17,394	17,501	17,926	18,765	18,100	16,700	17,300	16,200	
10th grade												
How much do you think people risk harming themselves (physically or in other ways), if they . . .												
Try marijuana once or twice	30.0	31.9	29.7	24.4	21.5	20.0	18.8	19.6	19.2	18.5	17.9	-0.5
Smoke marijuana occasionally	48.6	48.9	46.1	38.9	35.4	32.8	31.9	32.5	33.5	32.4	31.2	-1.2
Smoke marijuana regularly	82.1	81.1	78.5	71.3	67.9	65.9	65.9	65.8	65.9	64.7	62.8	-1.9
Try crack once or twice	70.4	69.6	66.6	64.7	60.9	60.9	59.2	58.0	57.8	56.1	57.1	+1.0
Take crack occasionally	87.4	86.4	84.4	83.1	81.2	80.3	78.7	77.5	79.1	76.9	77.3	+0.4
Try cocaine powder once or twice	59.1	59.2	57.5	56.4	53.5	53.6	52.2	50.9	51.6	48.8	50.6	+1.7
Take cocaine powder occasionally	82.2	80.1	79.1	77.8	75.6	75.0	73.9	71.8	73.6	70.9	72.3	+1.5
Approximate N	14,719	14,808	15,298	15,880	17,006	15,670	15,640	15,000	13,600	14,600	14,000	
12th grade												
How much do you think people risk harming themselves (physically or in other ways), if they . . .												
Try marijuana once or twice	27.1	24.5	21.9	19.5	16.3	15.6	14.9	16.7	15.7	13.7	15.3	+1.6
Smoke marijuana occasionally	40.6	39.6	35.6	30.1	25.6	25.9	24.7	24.4	23.9	23.4	23.5	+0.1
Smoke marijuana regularly	78.6	76.5	72.5	65.0	60.8	59.9	58.1	58.5	57.4	58.3	57.4	-0.9
Try crack once or twice	60.6	62.4	57.6	58.4	54.6	56.0	54.0	52.2	48.2	48.4	49.4	+1.0
Take crack occasionally	76.5	76.3	73.9	73.8	72.8	71.4	70.3	68.7	67.3	65.8	65.4	-0.4
Try cocaine powder once or twice	53.6	57.1	53.2	55.4	52.0	53.2	51.4	48.5	46.1	47.0	49.0	+2.0
Take cocaine powder occasionally	69.8	70.8	68.6	70.6	69.1	68.8	67.7	65.4	64.2	64.7	63.2	-1.5
Approximate N	2,549	2,684	2,759	2,591	2,603	2,449	2,579	2,500	2,300	2,130	2,173	

Note: s=.05; Any inconsistency between the 2000–2001 change estimate and the respective prevalence estimates is due to rounding.

¹Answer alternatives were: (1) no risk, (2) slight risk, (3) moderate risk, (4) great risk, and (5) can't say, drug unfamiliar.

²8th and 10th grade: Beginning in 1997, data based on two-thirds of N indicated due to changes in questionnaire forms.

Source: Institute for Social Research, University of Michigan, *Monitoring the Future* study (December 2001).

Table 7. Percentage of High School Students Who Used Selected Drugs by Sex, Race/Ethnicity, and Grade, Youth Risk Behavior Survey, 1990, 1991, 1993, 1995, 1997, and 1999

Drug Use Behavior and Year	Sex		Race/Ethnicity			Grade Level				All Groups
	Male	Female	White, non-Hispanic	Black, non-Hispanic	Hispanic	9 th	10 th	11 th	12 th	
Lifetime marijuana										
1990	—	—	—	—	—	20.6	27.9	34.7	42.2	31.4
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.0
1993	36.8	28.6	32.7	33.6	35.4	24.4	28.8	36.0	40.8	32.8
1995	46.2	39.4	40.5	47.2	49.2	33.8	41.4	45.8	47.0	42.4
1997	50.7	42.9	45.4	52.2	49.5	38.8	45.9	50.3	52.4	47.1
1999	51.0	43.4	45.9	48.6	51.0	34.8	49.1	49.7	58.4	47.2
Current marijuana ¹										
1990	—	—	—	—	—	9.5	13.5	13.9	18.5	13.9
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15.0
1993	20.6	14.6	17.3	18.6	19.4	13.2	16.5	18.4	22.0	17.7
1995	28.4	22.0	24.6	28.6	27.8	20.9	25.6	27.6	26.2	25.3
1997	30.2	21.4	25.0	28.2	28.6	23.6	25.0	29.3	26.6	26.2
1999	30.8	22.6	26.4	26.4	28.2	21.7	27.8	26.7	31.5	26.7
Lifetime cocaine use ²										
1990	—	—	—	—	—	3.6	5.8	7.6	9.3	6.6
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6.0
1993	5.5	4.2	4.6	1.6	11.3	4.2	3.7	5.1	6.1	4.9
1995	8.8	5.0	6.5	2.0	16.0	5.7	7.5	7.2	7.4	7.0
1997	9.1	7.2	8.0	1.9	14.4	6.7	7.5	9.1	9.2	8.2
1999	10.7	8.4	9.9	2.2	15.3	5.8	9.9	9.9	13.7	9.5
Current cocaine use ¹										
1990	—	—	—	—	—	1.0	2.4	2.5	2.3	2.1
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.0
1993	2.3	1.4	1.6	1.0	4.6	1.6	1.4	2.1	2.1	1.9
1995	4.3	1.8	2.6	1.3	7.5	3.1	2.5	3.6	3.1	3.1
1997	4.0	2.4	3.1	0.7	6.2	3.9	2.6	3.1	3.5	3.3
1999	5.2	2.9	4.1	1.1	6.7	3.4	3.7	4.5	4.8	4.0
Lifetime use of illegal steroids										
1990	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3.0
1993	3.1	1.2	1.9	2.4	3.0	2.1	2.0	2.2	2.3	2.2
1995	4.9	2.4	3.8	1.6	4.7	4.1	3.6	3.9	2.9	3.7
1997	4.1	2.0	3.1	1.5	3.4	4.3	3.0	2.7	2.5	3.1
1999	5.2	2.2	4.1	2.2	4.1	4.7	3.6	3.0	3.3	3.7
Lifetime injected drug use										
1990	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1993	1.9	0.8	1.3	0.9	1.5	1.4	1.4	1.3	1.2	1.4
1995	3.0	1.0	2.0	1.1	2.2	2.8	2.2	1.7	1.6	2.0
1997	2.6	1.5	1.8	1.0	2.2	3.0	2.5	1.6	1.5	2.1
1999	2.8	0.7	1.6	0.9	1.8	1.6	1.2	2.0	2.3	1.8
Episodic heavy drinking ³										
1990	—	—	—	—	—	27.7	35.7	39.6	44.0	36.9
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.0
1993	33.7	26.0	32.6	19.1	33.4	22.0	26.2	31.3	39.1	30.0
1995	36.2	28.6	35.6	18.8	37.7	24.5	30.3	34.9	39.0	32.6
1997	37.3	28.6	37.7	16.1	34.9	25.7	29.9	37.5	39.3	33.4
1999	34.9	28.1	35.8	16.0	32.1	21.1	32.2	34.0	41.6	31.5
Current cigarette ¹										
1990	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1991	28.0	27.0	—	—	—	—	—	—	—	28.0
1993	29.8	30.5	33.7	15.4	28.7	27.8	28.0	31.1	34.5	30.5
1995	35.4	34.3	38.3	19.2	34.0	31.2	33.1	35.8	38.2	34.8
1997	37.7	34.7	39.7	22.7	34.0	33.4	35.3	36.6	36.9	36.4
1999	34.7	34.9	38.6	19.7	32.7	27.6	34.7	36.0	42.8	34.8

— Data not available.

¹Used one or more times during the past 30 days.

²Ever tried any form of cocaine, including powder, crack, or freebase.

³Drank five or more drinks of alcohol on at least one occasion on one or more days during the last 30 days.

Sources: "Tobacco, Alcohol and Other Drug Use Among High School Students—United States," *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40 (45) (1990): 776–84; 41 (37) (1991): 698–703; "Youth Risk Behavior Surveillance—United States (1993, 1995, 1997, and 1999)," *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, Department of Health and Human Services.

Table 8. Percentage of High School Students Who Reported Engaging in Drug-Related Behaviors on School Property by Sex, Race/Ethnicity, and Grade, Youth Risk Behavior Survey, 1990, 1991, 1993, 1995, 1997, and 1999

Drug Use Behavior and Year	Sex		Race/Ethnicity			Grade Level				All Groups
	Male	Female	White, non-Hispanic	Black, non-Hispanic	Hispanic	9 th	10 th	11 th	12 th	
Used marijuana on school property ¹										
1993	7.8	3.3	5.0	7.3	7.5	4.4	6.5	6.5	5.1	5.6
1995	11.9	5.5	7.0	12.3	12.9	8.7	9.8	8.6	8.0	8.8
1997	9.0	4.6	5.8	9.1	10.4	8.1	6.4	7.9	5.7	7.0
1999	10.1	4.4	6.5	7.2	10.7	6.6	7.6	7.0	7.3	7.2
Offered, sold, or was given an illegal drug on school property ²										
1993	28.5	19.1	24.1	17.5	34.1	21.8	23.7	27.5	23.0	24.0
1995	38.8	24.8	31.7	28.5	40.7	31.0	35.0	32.8	29.1	32.1
1997	37.4	24.7	31.0	25.4	41.1	31.4	33.4	33.2	29.0	31.7
1999	34.7	25.7	28.8	25.3	36.9	27.6	32.1	31.1	30.5	30.2
Tried marijuana before age 13										
1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1995	10.2	4.8	5.6	11.1	12.6	9.2	9.1	6.7	5.4	7.6
1997	12.2	6.7	7.5	11.0	13.2	14.9	10.4	8.3	5.8	9.7
1999	14.5	8.0	9.4	14.8	13.8	12.7	12.6	9.5	9.5	11.3
Tried cocaine before age 13 ³										
1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1995	1.8	0.5	0.9	1.3	1.7	1.3	1.3	1.4	0.9	1.2
1997	1.3	0.8	0.9	0.4	1.4	1.8	1.3	1.0	0.3	1.1
1999	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

— Data not available.

¹One or more times during the 30 days preceding the survey.²During the 12 months preceding the survey.³Including powder, crack, and freebase forms of cocaine.Source: "Youth Risk Behavior Surveillance—United States (1993, 1995, 1997, and 1999)," *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, Department of Health and Human Services.

Table 9. Percentage of Alternative High School Students Who Used Selected Drugs by Sex, Race/Ethnicity, and Grade, 1998

Drug use behavior	Sex		Race/Ethnicity			Grade Level				All Groups
	Male	Female	White, non-Hispanic	Black, non-Hispanic	Hispanic	9 th	10 th	11 th	12 th	
Lifetime marijuana	88.0	82.1	89.4	77.7	84.0	81.0	85.3	86.0	86.8	85.4
Current marijuana ¹	58.2	46.7	56.7	47.2	50.6	51.2	52.9	55.7	51.2	53.0
Lifetime cocaine use ²	38.6	33.0	43.8	5.7	46.4	32.7	36.4	37.8	36.5	36.1
Current cocaine use ¹	17.1	13.1	17.7	3.6	19.4	14.8	16.6	15.9	14.1	15.3
Lifetime crack or freebase use	23.5	19.4	26.2	3.5	26.8	20.9	22.9	24.2	18.9	21.6
Lifetime use of illegal steroids	9.8	7.4	10.5	6.6	6.9	12.0	9.6	6.9	7.6	8.7
Lifetime injected drug use	6.8	4.4	7.0	4.1	4.5	7.6	5.6	5.4	4.9	5.7
Episodic heavy drinking ³	55.4	42.9	58.7	28.4	52.4	43.8	48.1	51.5	51.7	49.8
Current cigarette use ¹	67.7	59.8	78.6	43.3	53.0	64.5	64.3	64.8	62.2	64.1

— Data not available.

¹Used one or more times during the past 30 days.

²Ever tried any form of cocaine, including powder, crack, or freebase.

³Drank five or more drinks of alcohol on at least one occasion on one or more days during the past 30 days.

Source: "Youth Risk Behavior Surveillance—National Alternative High School Youth Risk Behavior Survey, United States, 1998," *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, Department of Health and Human Services.

Table 10. Annual High School Dropout Rates¹ for Grades 10–12 by Sex, Race, and Hispanic Origin, 1980–2000

Year	All races ² , both sexes			Male			Female			White			Black			Hispanic Origin ³		
	Total students	High school dropouts		Total students	High school dropouts		Total students	High school dropouts		Total students	High school dropouts		Total students	High school dropouts		Total students	High school dropouts	
		Number	Rate		Number	Rate		Number	Rate		Number	Rate		Number	Rate		Number	Rate
1980	10,891	658	6.0	5,445	362	6.6	5,448	296	5.4	9,177	517	5.6	1,496	124	8.3	646	74	11.5
1981	10,868	639	5.9	5,379	322	6.0	5,487	316	5.8	9,067	478	5.3	1,516	146	9.6	717	77	10.7
1982	10,611	577	5.4	5,310	305	5.7	5,301	271	5.1	8,769	444	5.1	1,553	121	7.8	692	65	9.4
1983	10,331	535	5.2	5,130	294	5.7	5,200	241	4.6	8,531	410	4.8	1,498	103	6.9	691	68	9.8
1984	10,041	507	5.0	4,986	268	5.4	5,054	238	4.7	8,221	410	5.0	1,524	88	5.8	706	77	10.9
1985	9,704	504	5.2	4,831	259	5.4	4,874	245	5.0	7,967	384	4.8	1,422	110	7.7	729	71	9.7
1986	9,829	421	4.3	4,910	213	4.3	4,917	208	4.2	8,011	333	4.2	1,449	68	4.7	764	91	11.9
1987	9,802	403	4.1	4,921	215	4.4	4,879	187	3.8	7,979	299	3.7	1,463	93	6.4	769	43	5.6
1988	9,590	461	4.8	4,960	256	5.2	4,628	206	4.5	7,727	362	4.7	1,468	93	6.3	730	77	10.5
1989	8,974	404	4.5	4,519	203	4.5	4,453	199	4.5	7,243	286	3.9	1,384	106	7.7	762	59	7.7
1990	8,679	347	4.0	4,356	177	4.1	4,323	170	3.9	6,984	266	3.8	1,303	66	5.1	811	65	8.0
1991	8,612	348	4.0	4,380	167	3.8	4,231	180	4.3	6,856	254	3.7	1,366	85	6.2	809	59	7.3
1992	8,939	384	4.3	4,580	175	3.8	4,357	207	4.8	7,077	292	4.1	1,422	70	4.9	917	72	7.9
1993 ^{r4}	9,430	404	4.3	4,787	211	4.4	4,640	192	4.1	7,442	306	4.1	1,499	80	5.4	1,061	69	6.5
1993	9,021	382	4.2	4,570	199	4.4	4,452	183	4.1	7,152	290	4.1	1,447	78	5.3	943	60	6.4
1994	9,922	497	5.0	5,048	249	4.9	4,873	247	5.1	7,862	371	4.7	1,559	96	6.1	1,179	109	9.2
1995	10,106	544	5.4	5,161	297	5.8	4,946	247	5.0	7,926	402	5.1	1,598	97	6.1	1,251	145	11.6
1996	10,249	485	4.7	5,175	240	4.6	5,072	244	4.8	8,005	361	4.5	1,704	107	6.3	1,195	100	8.4
1997	10,645	454	4.3	5,330	251	4.7	5,313	203	3.8	8,402	355	4.2	1,678	80	4.8	1,377	119	8.6
1998	10,791	479	4.4	5,486	237	4.3	5,305	243	4.6	8,487	371	4.4	1,759	88	5.0	1,368	115	8.4
1999	11,067	520	4.7	5,659	243	4.3	5,411	277	5.1	8,665	380	4.4	1,794	107	6.0	1,482	105	7.1
2000	10,773	488	4.5	5,417	280	5.2	5,356	208	3.9	8,540	371	4.3	1,706	96	5.6	1,465	100	6.8

¹Numbers in thousands; civilian noninstitutionalized population.

²All races" includes whites, blacks, and other races not shown separately.

³Hispanics may be of any race.

⁴r = Revised, controlled to 1990 census-based population estimates; previous 1993 data controlled to 1980 census-based estimates.

Source: U.S. Bureau of the Census, Education and Social Stratification Branch, *Current Population Survey* (1980–2000).

Table 11. Past-Month Drug Use for Youth Aged 12–21, by Age, Dropout Status, Type of Drug Used, and Race/Ethnicity: 1992 Youth Risk Behavior Survey (Percent Prevalence)

Race/ethnicity	Age	Dropout status	Marijuana use past 30 days	Cocaine use past 30 days
White	12–15	Nondropout	4.02	0.34
		Dropout	4.12	*
	16–21	Nondropout	15.93	1.61
		Dropout	27.60	4.12
Black	12–15	Nondropout	1.21	—
		Dropout	16.21	—
	16–21	Nondropout	13.24	1.00
		Dropout	20.80	4.40
Hispanic	12–15	Nondropout	3.96	0.81
		Dropout	*	*
	16–21	Nondropout	14.92	2.89
		Dropout	11.56	2.83
Other	12–15	Nondropout	4.56	*
		Dropout	*	*
	16–21	Nondropout	5.85	*
		Dropout	*	—

*Low precision, no estimate reported.

— No respondents.

Source: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, *National Health Interview Survey/Youth Risk Behavior Survey* (1992).

Table 12. The Lifetime Costs of Dropping Out of High School (1993 \$)

	Total costs	Present value (2% discount rate)	Present value (10% discount rate)
Lost wage/productivity	\$360,000	\$186,500	\$15,300
Fringe benefits	\$90,000	\$46,600	\$3,800
Nonmarket losses	\$113,000–450,000	\$58,300–233,200	\$4,900–19,200
Total	\$563,000–900,000	\$291,000–466,000	\$24,000–38,300

Note: Numbers may not add to totals due to rounding.

Source: Cohen, Mark, *The Monetary Value of Saving a High Risk Youth* (1995).

Table 13. Summary of the Monetary Value of Saving a High-Risk Youth (\$ Thousands)

	Total costs	Present value with 2% discount rate	Present value with 10% discount rate
Career criminal	1,200–1,500	1,000–1,300	650–850
Heavy drug user	435–1,051	333–809	159–391
High school dropout	563–900	291–466	24–38
LESS duplication (crimes committed by heavy drug users)	(252–696)	(196–540)	(96–264)
Total	1,900–2,700	1,500–2,000	700–1,000

Note: Numbers may not add to totals due to rounding.

Source: Cohen, Mark, *The Monetary Value of Saving a High Risk Youth* (1995).

Table 14. Substance Abuse among Probationers, State Prison Inmates, and Federal Prison Inmates

	Number	Ever Used (%)	Used Regularly (%)*	Used Month Prior to Offense (%)	Used at Time of Offense (%)
Probation (1995)¹	2,065,896	69.4	43.4	31.8	13.5
State prison inmates (1997)²	1,059,607	83.0	69.6	56.5	32.6
Federal prison inmates (1997)²	88,018	72.9	57.3	44.8	22.4
Jail inmates (1998)^{3**}	417,000	70.3	65.5	55.0	35.6

*Regular use defined as once a week or more for at least a month.

¹Substance Abuse of Adults on Probation, 1995 (March 1998).

²Substance Abuse Among State and Federal Prisoners, 1997 (December 1998).

³Drug Use, Testing, and Treatment in Jails, 1998 (May 2000).

**Note: Includes convicted and non-convicted inmates. Other figures include convicted jail inmates only. Based on personal interviews.

Source: Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, Department of Justice, *1995 Survey of Adults on Probation* and *1997 Survey on Inmates in State and Federal Correctional Facilities*.

Table 15. Alcohol, Drug, and Mental Health (ADM) Problems Among Homeless Clients, 1996

ADM combination	Past month (%)	Past year (%)	Lifetime (%)
Any ADM problem	66	74	86
Alcohol problem	38	46	62
Drug problem	26	38	58
Mental health problem	39	45	57
Specific Combinations			
Alcohol problem only	13	12	9
Drug problem only	7	7	6
Mental health problem only	17	15	10
Alcohol and drug problems	7	10	15
Alcohol and mental health problems	10	10	15
Drug and mental health problems	5	7	8
Alcohol, drug, and mental health problems	8	14	30
No ADM problems	34	26	14

Source: Interagency Council on the Homeless, U.S. Department of Housing and Urban Development, *Homelessness: Programs and the People They Serve* (1999).

Table 16. Characteristics Perceived by Respondents to Prevent Exit From Homelessness, 1996

	Percent
Insufficient income	30
Lack of job	24
No suitable housing	11
Addiction to alcohol or drugs	9
Other	24

Percentages may not sum to 100 due to rounding.

Source: Interagency Council on the Homeless, U.S. Department of Housing and Urban Development, *Homelessness: Programs and the People They Serve* (1999).

Table 17. Substance Use Experiences by Homeless Status, 1996

	Currently homeless (%) (N=2,938)	Formerly homeless clients (%) (N=677)	Other service users (%) (N=518)
Started drinking three or more alcoholic beverages a week:			
Before age 15	36	29	13
Between ages 15 and 17	29	28	33
Started using illegal drugs:			
Before age 15	31	28	27
Between ages 15 and 17	32	21	22

Source: Interagency Council on the Homeless, U.S. Department of Housing and Urban Development, *Homelessness: Programs and the People They Serve* (1999).

DRUG USE CONSEQUENCES

Table 18. Estimated Costs to Society of Drug Abuse, 1992–2000 (\$ Millions)

Year	Health care costs	Productivity losses	Other costs	Total
1992	10,820	69,421	21,912	102,154
1993	11,114	77,972	22,410	111,496
1994	11,279	82,685	24,440	118,404
1995	11,305	88,085	27,120	126,510
1996	11,428	92,423	27,444	131,295
1997	12,085	94,470	30,526	137,082
1998	12,862	98,467	32,083	143,411
1999 ¹	13,860	104,353	34,295	152,508
2000 ¹	14,899	110,491	35,274	160,664

¹Figures for 1999 and 2000 are projections based on observable trends for 1992 through 1998.

Source: Office of National Drug Control Policy. *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992–2000* (September 2001).

Table 19. Estimated Productivity Losses Due to Drug Abuse, 1992–2000 (\$ Millions)

Year	Premature death	Drug abuse related illness	Institutionalization/hospitalization	Productivity loss of victims of crime	Incarceration	Crime careers	Total
1992	14,575	14,205	1,477	2,059	17,907	19,198	69,421
1993	21,095	13,766	1,502	2,488	19,366	19,755	77,972
1994	21,905	15,845	1,683	2,554	21,095	19,603	82,685
1995	22,943	17,737	1,872	2,377	22,983	20,172	88,085
1996	19,697	20,270	1,533	2,332	24,833	23,758	92,423
1997	16,771	19,916	1,662	2,293	27,221	26,608	94,470
1998	16,611	23,143	1,786	2,165	30,133	24,627	98,467
1999 ¹	17,439	24,298	1,849	2,118	32,793	25,856	104,353
2000 ¹	18,256	25,435	1,915	2,217	35,601	27,066	110,491

¹Figures for 1999 and 2000 are projections based on observable trends for 1992–1998.

Source: Office of National Drug Control Policy, *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992–1998* (September 2001).

Table 20. Number of Deaths and Death Rates from Drug-Induced Causes,¹ by Sex and Race: U.S., 1979–1999²

Year	Both sexes	Male	Female	White	All non-white	Black ³
Number						
1979	7,101	3,656	3,445	6,116	985	897
1980	6,900	3,771	3,129	5,814	1,086	1,006
1981	7,106	3,835	3,271	5,863	1,243	1,152
1982	7,310	4,130	3,180	5,991	1,319	1,212
1983	7,492	4,145	3,347	6,187	1,305	1,194
1984	7,892	4,640	3,252	6,309	1,583	1,480
1985	8,663	5,342	3,321	6,946	1,717	1,600
1986	9,976	6,284	3,692	7,948	2,028	1,906
1987	9,796	6,146	3,650	7,547	2,249	2,101
1988	10,917	7,004	3,913	8,409	2,508	2,395
1989	10,710	6,895	3,815	8,336	2,374	2,236
1990	9,463	5,897	3,566	7,603	1,860	1,703
1991	10,388	6,593	3,795	8,204	2,184	2,037
1992	11,703	7,766	3,937	9,360	2,343	2,148
1993	13,275	9,052	4,223	10,394	2,881	2,688
1994	13,923	9,491	4,432	10,895	3,028	2,780
1995	14,218	9,909	4,309	11,173	3,045	2,800
1996	14,843	10,093	4,750	11,903	2,940	2,682
1997	15,973	10,991	4,982	12,863	3,110	2,816
1998	16,926	11,462	5,464	13,811	3,115	2,831
1998 ICD-10	20,227	13,697	6,529	16,504	3,722	3,383
1999 ICD-10	19,102	12,873	6,229	15,694	3,408	3,094
Rate per 100,000 population						
1979	3.2	3.4	3.0	3.2	3.2	3.4
1980	3.0	3.4	2.7	3.0	3.4	3.8
1981	3.1	3.4	2.8	3.0	3.8	4.2
1982	3.2	3.7	2.7	3.0	3.9	4.4
1983	3.2	3.6	2.8	3.1	3.8	4.3
1984	3.3	4.0	2.7	3.1	4.5	5.2
1985	3.6	4.6	2.7	3.4	4.8	5.6
1986	4.2	5.4	3.0	3.9	5.5	6.6
1987	4.0	5.2	2.9	3.7	6.0	7.2
1988	4.5	5.9	3.1	4.1	6.5	8.1
1989	4.3	5.7	3.0	4.0	6.0	7.4
1990	3.8	4.9	2.8	3.6	4.6	5.6
1991	4.1	5.4	2.9	3.9	5.3	6.5
1992	4.6	6.2	3.0	4.4	5.6	6.8
1993	5.1	7.2	3.2	4.8	6.7	8.4
1994	5.3	7.5	3.3	5.0	6.9	8.5
1995	5.4	7.7	3.2	5.1	6.8	8.4
1996	5.6	7.8	3.5	5.4	6.5	8.0
1997	6.0	8.4	3.6	5.8	6.7	8.3
1998	6.3	8.7	4.0	6.2	6.6	8.2
1998 ICD-10	7.5	10.4	4.8	7.4	7.9	9.8
1999 ICD-10	7.0	9.7	4.5	7.0	7.1	8.9

¹Causes of death attributable to drug-induced mortality under ICD-9 include drug psychoses (292); drug dependence (304); nondependent use of drugs not including alcohol and tobacco (305.2–305.9); accidental poisoning by drugs, medicaments, and biologicals (E850–E858); suicide by drugs, medicaments, and biologicals (E950.0–E950.5); assault from poisoning by drugs and medicaments (E962.0); and poisoning by drugs, medicaments, and biologicals, undetermined whether accidentally or purposely inflicted (E980.0–E980.5). Drug-induced causes exclude accidents, homicides, and other causes indirectly related to drug use. Also excluded are newborn deaths associated with mothers' drug use.

²In 1999, cause of death coding was revised to ICD-10. Modified figures for 1998 were calculated based on comparability ratios for drug-induced deaths according to ICD-9 and ICD-10. The new coding scheme yields 19.5 percent more drug-induced deaths compared to the old system using 1998 data. The implementation of ICD-10 represents a break in the trend data.

³Black is a subgroup of All non-white.

Sources: Murphy, S.L., "Deaths: Final Data for 1998." *National Vital Statistics Reports*, 48 (11) Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (2000) for 1979–1998 ICD-9 data; and Hoyert, D.L., Arias, E., Smith, B.L., et al., "Deaths: Final Data for 1999," *National Vital Statistics Reports*, 49 (8), Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (2001) for 1998–1999 ICD-10 data.

Table 21. Trends in Drug-Related Emergency Room Episodes and Selected Drug Mentions, 1988–2000

Year	Emergency room episodes and drug mentions				
	Total drug episodes	Total drug mentions	Total cocaine mentions	Total heroin mentions	Total marijuana mentions
1988	403,578	668,153	101,578	38,063	19,962
1989	425,904	713,392	110,013	41,656	20,703
1990	371,208	635,460	80,355	33,884	15,706
1991	393,968	674,861	101,189	35,898	16,251
1992	433,493	751,731	119,843	48,003	23,997
1993	460,910	796,762	123,423	63,232	28,873
1994	518,521	900,317	142,878	64,013	40,183
1995	513,633	901,206	135,801	70,838	45,271
1996	514,347	907,561	152,433	73,846	53,789
1997	527,058	943,937	161,087	72,010	64,744
1998	542,544	982,856	172,014	77,645	76,870
1999	554,932	1,015,206	168,763	84,409	87,150
2000	601,776	1,100,539	174,896	97,287	96,446

Source: *Drug Abuse Warning Network*, National Institute on Drug Abuse (1988–1991) and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1992–2000).

Table 22. Estimated Number of Persons Living With AIDS¹ by Sex and Exposure Category, 1993–1999

Sex	Exposure Category							Total	Percent drug-related ³
	Men who have sex with men (MSM)	Injecting drug use (IDU)	MSM and IDU	Hemo- philia/co- agulation disorder	Hetero- sexual contact	Receipt of blood trans- fusion ²	Risk not reported or identified		
Male adult/adolescent									
1993	86,443	34,400	13,854	1,620	6,109	893	989	144,309	33.4%
1994	94,694	40,046	14,884	1,699	7,903	914	940	161,081	34.1%
1995	100,938	44,345	15,687	1,729	9,760	963	937	174,361	34.4%
1996	110,272	46,763	16,453	1,740	12,174	1,035	974	191,410	34.0%
1997	121,991	53,812	17,698	1,788	14,907	1,140	1,023	212,248	33.6%
1998	132,441	58,118	18,682	1,825	17,627	1,253	1,080	231,022	33.2%
1999	143,108	62,418	19,553	1,853	20,495	1,375	1,151	249,951	32.7%
Female adult/adolescent									
1993	N/A	13,844	N/A	92	11,822	755	373	26,886	51.4%
1994	N/A	16,244	N/A	108	15,131	843	376	32,702	49.6%
1995	N/A	18,352	N/A	137	18,478	888	379	38,234	47.9%
1996	N/A	20,357	N/A	164	22,566	980	416	44,484	45.7%
1997	N/A	22,661	N/A	201	26,974	1,088	483	51,396	44.0%
1998	N/A	24,457	N/A	229	31,187	1,203	504	57,578	42.4%
1999	N/A	26,122	N/A	248	35,445	1,318	548	63,682	41.0%

N/A Not applicable.

¹Excludes pediatric (<13 years old) AIDS cases. These numbers do not represent actual cases of persons living with AIDS. Rather, they are point estimates of persons living with AIDS derived by subtracting the estimated cumulative number of deaths in persons with AIDS from the estimated cumulative number of persons with AIDS. Estimated AIDS cases are adjusted for reporting delays and for redistribution of cases initially reported with no identified risk but not for incomplete reporting. Annual estimates are through the most recent year for which reliable estimates are available.

²Includes receipt of blood components or tissue.

³Proportion includes injection drug users and MSM who are injection drug users.

Source: Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report, 2000*; 12 (2) 2001, Table 27.

Table 23. Estimated Number of Deaths of Persons with AIDS¹ by Sex and Exposure Category, 1993–1999

Sex	Exposure Category							Total	Percent drug-related ³
	Men who have sex with men (MSM)	Injecting drug use (IDU)	MSM and IDU	Hemo- philia/co- agulation disorder	Hetero- sexual contact	Receipt of blood trans- fusion ²	Risk not reported or identified		
Male adult/adolescent									
1993	23,904	9,298	3,184	356	1,591	314	170	38,818	32.1%
1994	25,398	10,387	3,503	348	2,010	307	147	42,100	33.0%
1995	24,914	10,786	3,436	331	2,388	262	102	42,220	33.6%
1996	16,847	8,527	2,585	248	2,108	216	68	30,601	36.3%
1997	8,695	5,369	1,445	137	1,473	107	45	17,271	39.4%
1998	6,983	4,416	1,242	115	1,214	83	29	14,081	40.1%
1999	6,069	4,041	1,124	98	1,230	70	27	12,660	40.7%
Female adult/adolescent									
1993	N/A	3,124	N/A	17	2,656	239	76	6,132	51.2%
1994	N/A	3,600	N/A	27	3,478	225	56	7,486	48.1%
1995	N/A	3,812	N/A	30	3,988	234	56	8,119	46.9%
1996	N/A	3,279	N/A	30	3,434	174	33	6,950	47.1%
1997	N/A	2,146	N/A	21	2,301	94	20	4,582	46.8%
1998	N/A	1,891	N/A	15	2,008	74	15	4,004	47.2%
1999	N/A	1,891	N/A	16	1,989	73	19	3,989	47.4%

N/A Not applicable.

¹Excludes pediatric (<13 years old) AIDS cases. These numbers do not represent actual deaths of persons with AIDS. Rather, they are point estimates adjusted for delays in the reporting of deaths and for redistribution of cases initially reported with no identified risk, but not for incomplete reporting. Annual estimates are through the most recent year for which reliable estimates are available.

²Includes receipt of blood components or tissue.

³Proportion includes injection drug users and MSM who are injection drug users.

Source: Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report, 2000*, 12 (2) 2001, Table 30.

Table 24. Reported Tuberculosis Cases and Percent of Cases in Injecting and Noninjecting Drug Users, 1996–2000

Tuberculosis Cases	1996	1997	1998	1999	2000
Total	21,337	19,851	18,361	17,531	16,377
Number with information on injecting drug use	18,467	17,678	16,849	16,331	15,495
Percent with information on injecting drug use	86.5	89.1	91.8	93.2	94.6
Injecting drug users (%) ¹	3.8	3.3	2.9	2.6	2.5
With information on noninjecting drug use (number)	18,265	17,555	16,730	16,232	15,454
Percent with information on noninjecting drug use	85.6	88.4	91.1	92.6	94.4
Noninjecting drug users (%) ¹	7.7	7.8	7.7	7.1	7.5

¹Injecting drug use within past 12 months. Percentages shown only for reporting areas with information reported for ≥ 75% of cases.

Source: Centers for Disease Control and Prevention, *Reported Tuberculosis in the United States, 1996, 1997, 1998, 1999, and 2000*.

Table 25. Reported Hepatitis Cases, 1995–1999

	1995	1996	1997	1998	1999
Number of reported cases					
Hepatitis A	31,582	31,032	30,021	23,229	17,047
Hepatitis B	10,805	10,637	10,416	10,258	7,694
Hepatitis C	4,576	3,716	3,816	3,518	3,111
Reported cases per 100,000 Population					
Hepatitis A	12.13	11.70	11.22	8.59	6.25
Hepatitis B	4.19	4.01	3.90	3.80	2.82
Hepatitis C	1.78	1.41	1.43	1.30	1.14

Source: Centers for Disease Control and Prevention. Summary of Notifiable Diseases, United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 48 (53), 2001.

Table 26. Total Crime, Violent Crime, and Property Crime, 1989–2000

Year	Total crime index		Violent crime index ¹		Murder victims		Property crime ²	
	Number ³	Rate ⁴	Number ³	Rate ⁴	Total ³	Related to narcotic drug laws ³	Number ³	Rate ⁴
1989	14,251,400	5,741.0	1,646,040	663.1	21,500	1,402	12,605,400	5,077.9
1990	14,475,613	5,820.3	1,820,127	731.8	23,438	1,367	12,655,486	5,088.5
1991	14,872,883	5,897.8	1,911,767	758.1	24,703	1,353	12,961,116	5,139.7
1992	14,438,191	5,660.2	1,932,274	757.5	23,760	1,302	12,505,917	4,902.7
1993	14,144,794	5,484.4	1,926,017	746.8	24,526	1,295	12,218,777	4,737.6
1994	13,989,543	5,373.5	1,857,670	713.6	23,326	1,239	12,131,873	4,660.0
1995	13,862,727	5,275.9	1,798,792	684.6	21,606	1,031	12,063,935	4,591.3
1996	13,493,863	5,086.6	1,688,540	636.5	19,645	843	11,805,323	4,450.1
1997	13,194,751	4,930.0	1,636,096	611.3	18,209	786	11,558,475	4,318.7
1998	12,485,714	4,619.3	1,533,887	567.5	16,914	679	10,951,827	4,051.8
1999	11,635,378	4,266.5	1,426,044	523.0	15,522	581	10,208,334	3,743.6
2000	11,605,751	4,124.0	1,424,289	506.1	15,517	669	10,181,462	3,617.9

¹Violent crime includes the following four offenses: murder and nonnegligent manslaughter, forcible rape, robbery, and aggravated assault.

²Property crime includes the following offenses: burglary, larceny-theft, motor vehicle theft, and arson.

³Offenses reported to law-enforcement agencies.

⁴Per 100,000 population.

Source: Federal Bureau of Investigation, U.S. Department of Justice, *Crime in the United States: Uniform Crime Reports* (1990–2001).

Table 27. Total Estimated Arrests and Drug Arrests, 1989–2000

Year	Total arrests ¹	Arrests for all drug abuse violations		Distribution of arrests for drug abuse violations ²					
				Heroin/cocaine ³		Marijuana		Other drugs	
		Number	Percent	Sale ⁴	Possession	Sale ⁴	Possession	Sale ⁴	Possession
1989	14,340,900	1,361,700	9.4	19.1	34.7	6.2	23.1	7.0	9.8
1990	14,195,100	1,089,500	7.6	21.0	33.3	6.1	23.9	4.5	11.2
1991	14,211,900	1,010,000	7.1	22.5	32.8	6.1	22.4	4.8	11.5
1992	14,075,100	1,066,400	7.5	20.6	32.4	6.6	25.5	4.6	10.4
1993	14,036,300	1,126,300	8.0	19.2	31.1	6.2	27.6	4.3	11.6
1994	14,648,700	1,351,400	9.2	16.8	30.3	5.8	29.8	4.1	13.2
1995	15,119,800	1,476,100	9.7	14.7	27.8	5.8	34.1	4.4	13.3
1996	15,168,100	1,506,200	9.9	14.2	25.6	6.3	36.3	4.3	13.3
1997	15,284,300	1,583,600	10.3	10.3	25.4	5.6	38.3	4.7	15.8
1998	14,528,300	1,559,100	10.7	11.0	25.6	5.4	38.4	4.8	14.8
1999	14,031,070	1,532,200	10.9	10.0	24.5	5.5	40.5	4.1	15.4
2000	13,980,297	1,579,566	10.9	19.0	24.2	5.6	40.9	3.0	13.6

¹Arrest totals are based on all reporting agencies and estimates for unreported areas from Section IV table entitled "Total Estimated Arrests, United States."

²Percentages may not add to 100 because of rounding.

³Includes heroin or cocaine and their derivatives.

⁴Includes sale/manufacture of drugs.

Source: Federal Bureau of Investigation, U.S. Department of Justice, *Crime in the United States: Uniform Crime Reports*, (1990–2001).

Table 28. Adult Drug Offenders in Custody of State or Federal Prisons, 1989–2000

Year	All Offenders			Prisoners who are drug offenders (%)		Estimated ¹ number of drug offenders		
	State	Federal	Total State and Federal	Federal	State	State	Federal	State and Federal
1989	629,995	53,387	683,382	49.9	19.1	120,300	26,600	147,000
1990	684,544	58,838	743,382	53.5	21.7	148,500	31,500	180,000
1991	728,605	63,930	792,535	55.9	21.3	155,200	35,700	190,900
1992	778,495	72,071	850,566	58.9	22.1	172,000	42,500	214,500
1993	828,566	80,815	909,381	59.2	22.1	183,100	47,800	230,900
1994	904,647	85,500	990,147	60.5	22.4	202,600	51,700	254,300
1995	989,004	89,538	1,078,542	59.9	22.7	224,500	53,600	278,100
1996	1,032,440	95,088	1,127,528	60.0	22.7	234,400	57,100	291,500
1997	1,059,588	99,175	1,176,922	62.6	20.7	219,300	62,100	281,400
1998 ²	1,178,978	123,041	1,232,900	58.7	20.7	244,000	72,200	316,200
1999	1,209,123	135,246	1,366,369	61.0	21.0	253,900	82,500	336,400
2000	1,236,476	145,416	1,381,892	—	—	—	—	—

— Data not available.

¹Estimated from total prisoners and percent who are drug offenders and rounded to the nearest 100.²The 1998 prison custody count was estimated and rounded to nearest 100.

Sources: Bureau of Justice Statistics Bulletin, *Prisoners in 2000* (August 2001); *Prisoners in 1999* (August 2000), *Prisoners in 1998* (August 1999), *Prisoners in 1997* (August 1998). *Correctional Populations in the United States, 1989–1995*; Data for 1997 percentages of drug offenders are estimated from Bureau of Justice Statistics Special Report, *Substance Abuse and Treatment, State and Federal Prisoners, 1997* (January 1999) and unpublished Bureau of Prisons data.

DRUG TREATMENT

Table 29. One-Day Census of Clients in Treatment, by Facility Ownership, 1980–2000

Year	Private for-profit	Private nonprofit	State/local government	Federal government	Tribal government	Other	Total
1980	17,977	284,483	150,356	25,977	n/c	n/c	478,793
1982	25,072	274,927	132,525	30,888	n/c	n/c	463,412
1984	60,191	395,831	164,232	45,595	n/c	4,430	670,279
1987	71,837	362,340	152,643	26,565	n/c	n/c	613,385
1989	94,251	441,247	174,649	24,808	n/c	n/c	734,955
1990	113,522	451,951	172,290	27,025	3,041	n/c	767,829
1991	124,952	463,024	194,842	25,920	3,081	n/c	811,819
1992	166,470	536,628	192,594	37,146	10,328	n/c	943,166
1993	169,470	534,725	192,038	41,511	6,712	n/c	944,208
1995	179,337	575,002	198,579	46,861	9,348	n/c	1,009,127
1996	195,159	529,276	163,861	42,548	9,297	n/c	940,141
1997	168,106	510,680	191,693	48,683	9,646	n/c	929,086
1998	252,369	556,191	178,545	41,627	9,646	n/c	1,038,378
2000	242,922	550,541	151,790	40,365	12,082	n/c	997,700

n/c: Not collected.

Notes: Changes in data collection methods include: Before 1992, no attempt was made to adjust for survey nonresponse. Beginning in 1992, survey nonrespondents were contacted to obtain a minimum data set. This is reflected in larger and more consistent numbers of clients.

Sources: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *National Drug and Alcoholism Treatment Unit Survey* (NDATUS) (1980–1993); *Uniform Facility Data Set Survey* (UFDS) (1995–1998); *National Survey of Substance Abuse Treatment Services* (N-SSATS) (2000).

Table 30. One-Day Census of Clients in Alcohol and/or Drug Abuse Treatment, by Age Group and by Type of Care, 1987–2000¹

Year	Hospital inpatient/residential			Outpatient			All clients
	Under 18	18 or older	Total ²	Under 18	18 or older	Total ²	
1987	8,479	76,873	89,686	51,311	443,516	523,699	613,385
1989	8,138	87,417	104,603	61,274	521,524	630,352	734,955
1990	7,587	81,790	93,888	37,998	585,275	673,835	767,723
1991	7,137	85,821	99,150	36,561	608,852	712,669	811,819
1992	10,374	111,723	122,097	42,812	779,970	822,782	944,880
1993	10,463	110,602	121,065	49,357	773,715	823,072	944,137
1995	12,841	132,001	144,842	57,209	807,076	864,285	1,009,127
1996	11,376	103,589	114,965	65,311	759,865	825,176	940,141
1997	10,800	109,330	120,130	70,656	738,300	808,956	929,086
1998	13,842	108,738	122,580	86,480	829,318	915,798	1,038,378
2000	10,428	98,668	109,096	74,315	814,289	888,604	997,700

¹The following changes in data collection methods are reflected in the table: Before 1992, no attempt was made to adjust for survey nonresponse. Beginning in 1992, survey nonrespondents were contacted to obtain a minimum data set. This is reflected in larger and more consistent numbers of clients. Also, in 1997 only, facilities providing programs for DUI/DWI offenders did not complete the full survey, and did not provide client counts.

²Totals include persons of unknown age.

Sources: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *National Drug and Alcoholism Treatment Unit Survey* (NDATUS) (1987–1993); *Uniform Facility Data Set Survey* (UFDS), 1995–1998; *National Survey of Substance Abuse Treatment Services* (N-SSATS), 2000.

Table 31. Estimated Number of Persons Age 12 or Older Who Needed and Received Treatment for an Illicit Drug Problem in the Past Year, by Demographic Characteristics, 2000 (Thousands)

Demographic characteristics	Needed treatment for an illicit drug problem in the past year			Received treatment at a specialty facility among persons who needed treatment (%)
	Total	Received treatment at a specialty facility	Did not receive treatment at a specialty facility	
Totals	4,655	774	3,881	16.6
Age				
12–17	1,074	122	951	11.4
18–25	1,645	142	1,503	8.6
26 and older	1,937	510	1,427	26.3
Sex				
Male	2,749	411	2,337	15.0
Female	1,907	363	1,544	19.0
Hispanic origin/race				
Not Hispanic:				
White Only	3,235	577	2,659	17.8
Black	632	118	514	*
American Indian/or Alaska Native only	46	4	42	*
Native Hawaiian or other Pacific Islander	10	3	7	*
Asian only	54	1	54	*
More than one race	103	21	82	*
Hispanic	574	51	523	9.0

*Low precision; no estimate reported.

Notes: Respondents were classified as needing treatment for an illicit drug problem if they met at least one of three criteria during the past year: (1) dependence on any illicit drug; (2) abuse of any illicit drug; or (3) received treatment for an illicit drug problem at a specialty facility (i.e., drug and alcohol rehabilitation facilities [inpatient or outpatient], hospitals [inpatient only], and mental health centers). Illicit drugs include marijuana/hashish, cocaine (including crack), inhalants, hallucinogens, heroin, and prescription-type psychotherapeutic (nonmedical use).

Source: U.S. Department of Health and Human Services, *Closing the Drug Abuse Treatment Gap: A Report to the President of the United States* (September 2001).

DRUG AVAILABILITY

Table 32. Trends in Cocaine Supply, 1989–2000 (Metric Tons)

Year	Cocaine HCl available for export from producing countries	Cocaine destined for the United States	Cocaine shipped to the United States	Cocaine available for consumption in the United States	Retail value of cocaine in the United States (2000 \$, billions)
1989	709–842	603–716	547–660	432–545	\$88.4
1990	714–851	595–709	509–624	413–528	\$69.9
1991	777–931	635–760	539–664	412–532	\$57.1
1992	834–972	667–778	583–694	437–555	\$49.9
1993	581–692	455–542	375–462	364–463	\$45.0
1994	558–670	428–513	371–456	258–345	\$42.8
1995	616–738	462–553	421–513	287–376	\$40.0
1996	608	455	385	301	\$39.2
1997	560	444	340	275	\$34.7
1998	521	434	341	267	\$34.9
1999	518	431	335	271	\$35.6
2000	501	402	318	259	\$35.3 ¹

Notes: Data in the first four columns for 1985–1995 represent ranges estimated by the U.S. Department of State. Data for 1996–2000 are point estimates derived from ONDCP's *Sequential Transition and Reduction (STAR) Model*.

¹Retail value for 2000 is projected.

Sources: U.S. Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report* (various years); Office of National Drug Control Policy, *Estimation of Cocaine Availability, 1996–2000* (in press); and Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988–2000* (in press).

Table 33. Average Price and Purity of Cocaine and Heroin in the United States, 1981–2000

Year	Cocaine				Heroin			
	Purchases of 1 gram or less ¹		Purchases of 10–100 pure grams ²		Purchases of 0.1 gram or less ¹		Purchases of 1–10 pure grams ²	
	Price per pure gram (\$)	Purity (%)	Price per pure gram (\$)	Purity (%)	Price per pure gram (\$)	Purity (%)	Price per pure gram (\$)	Purity (%)
1981	423	36	201	44	3,295	4	1,207	19
1982	433	36	184	46	3,285	5	1,159	32
1983	399	39	178	50	3,652	6	1,310	29
1984	378	44	153	55	3,485	8	1,293	36
1985	328	40	145	52	3,146	8	1,183	43
1986	315	51	127	64	3,502	9	1,153	37
1987	292	64	104	71	3,306	11	1,164	36
1988	238	75	80	73	3,123	17	960	40
1989	226	78	68	71	2,597	19	790	44
1990	267	69	77	59	2,924	16	878	32
1991	227	78	69	70	3,022	17	872	32
1992	224	76	65	74	2,863	21	687	39
1993	199	74	63	71	2,635	25	536	50
1994	187	73	57	74	2,721	25	433	47
1995	196	67	56	69	2,652	24	384	51
1996	175	72	51	70	2,424	23	378	45
1997	195	65	52	66	2,373	28	336	45
1998	183	68	47	68	2,087	25	331	49
1999	184	64	49	63	1,929	27	304	45
2000 ³	212	61	51	58	2,088	25	269	47

¹Quantities purchased at the "retail" level.

²Quantities purchased at the "dealer" level.

³2000 data are preliminary, based on first two quarters of data.

Source: Office of National Drug Control Policy, *The Price of Illicit Drugs, 1981-2000* (in press).

Table 34. Federal-wide Cocaine, Heroin, Methamphetamine, and Cannabis Seizures, 1989–2001 (Kilograms)

Year	Cocaine	Heroin	Methamphetamine	Cannabis	
				Marijuana	Hashish
1989	114,903	1,311	—	393,276	23,043
1990	96,085	687	—	233,478	7,683
1991	128,247	1,448	—	224,603	79,110
1992	120,175	1,251	—	344,899	111
1993	121,215	1,502	7	409,922	11,396
1994	129,378	1,285	178	474,856	561
1995	111,031	1,543	369	627,776	14,470
1996	128,555	1,362	136	638,863	37,851
1997	101,495	1,624	1,099	698,799	756
1998	132,063	1,151	2,779	1,092,604	797
1999	103,975	1,605	3,341	1,234,853	10,878
2000	56,004	581	1,756	645,693	—
2001 ¹	86,620	1,660	1,941	1,057,456	135

— Data not available.

¹Figures for 2001 are for January through September only.Source: *Federal-wide Drug Seizure System*, Drug Enforcement Administration, 1989–2001.**Table 35. Eradicated Domestic Cannabis by Plant Type, 1982–2001 (Plants in Thousands)**

	Cultivated Plants Outdoors ¹	Ditchweed	Indoor Plants	Total Plants Eradicated
1982	2,590	—	—	2,590
1983	3,794	—	—	3,794
1984	3,803	9,178	—	12,981
1985	3,961	35,270	—	39,231
1986	4,673	125,013	—	129,686
1987	7,433	105,842	—	113,275
1988	5,344	101,932	—	107,329
1989	5,636	124,289	—	129,925
1990	7,329	118,548	—	125,877
1991	5,257	133,786	283	139,326
1992	7,490	264,207	349	272,046
1993	4,049	387,942	290	392,281
1994	4,032	504,414	220	508,665
1995	3,054	370,275	243	373,572
1996	2,843	419,662	217	422,723
1997	3,827	237,140	224	241,193
1998	2,283	132,407	233	134,924
1999	3,205	130,192	208	133,605
2000	2,598	139,581	217	142,396
2001 ²	2,933	544,221	204	547,358

— Data not available.

Note: Federal data only.

¹May include tended ditchweed.²Through third quarter 2001 only.

Source: Drug Enforcement Administration, 1982–2001.

Table 36. Estimated Worldwide Potential Net Production of Opium, 1987–2000 (Metric Tons)

Year	Afghan- istan	India	Iran ¹	Paki- stan	Total Southwest Asia	Burma	China	Laos	Thailand	Viet- nam	Total Southeast Asia	Colom- bia	Leb- anon ²	Guate- mala	Mexico	Sub- total	Total All Regions
1987	600	—	300	205	1,105	835	—	225	24	—	1,084	—	—	3	50	53	2,242
1988	750	—	—	205	955	1,280	—	255	25	—	1,560	—	—	8	67	75	2,590
1989	585	—	—	130	715	2,430	—	380	50	—	2,860	—	45	12	66	123	3,698
1990	415	—	—	165	580	2,255	—	275	40	—	2,570	—	32	13	62	107	3,257
1991	570	—	—	180	750	2,350	—	265	35	—	2,650	—	34	11	41	86	3,486
1992	640	—	—	175	815	2,280	—	230	24	—	2,534	—	—	—	40	40	3,389
1993	685	—	—	140	825	2,575	—	180	42	—	2,797	—	4	—	49	53	3,675
1994	950	90	—	160	1,200	2,030	25	85	17	—	2,157	—	—	—	60	60	3,417
1995	1,250	77	—	155	1,482	2,340	19	180	25	—	2,564	65	1	—	53	119	4,165
1996	2,174	47	—	75	2,296	2,560	—	200	30	25	2,815	63	1	—	54	118	4,285
1997	2,184	30	—	85	2,299	2,365	—	210	25	45	2,645	66	—	—	46	112	5,056
1998	2,340	—	—	66	2,406	1,750	—	140	16	20	1,926	61	—	—	60	121	4,453
1999	2,861	—	—	37	2,898	1,090	—	140	6	11	1,247	75	—	—	43	118	4,263
2000	3,656	—	—	11	3,667	1,085	—	210	6	15	1,316	—	—	—	21	21	5,004

— Data not available.

¹Although there is no solid information on Iranian opium production, the U.S. Government estimates that Iran potentially may produce between 35 and 75 metric tons of opium gum annually.

²There was no information for 1992 production. For 1994, a vigorous eradication campaign reduced potential production to insignificant levels.

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001).

Table 37. Estimated Worldwide Potential Net Production of Cannabis, 1987–2000 (Metric Tons)

Year	Mexico ¹	Colombia	Jamaica	Belize	Other	Total
1987	5,933	5,600	460	200	1,500	13,693
1988	5,655	7,775	405	120	3,500	17,445
1989	30,200	2,800	190	65	3,500	36,775
1990	19,715	1,500	825	60	3,500	25,600
1991	7,775	1,650	641	49	3,500	13,615
1992	7,795	1,650	263	—	3,500	13,208
1993	6,280	4,125	502	—	3,500	14,407
1994	5,540	4,138	208	—	3,500	13,386
1995	12,400	4,133	206	—	3,500	20,239
1996	11,700	4,133	356	—	3,500	19,689
1997	8,600	4,133	214	—	3,500	16,447
1998	8,300	4,000	—	—	3,500	15,800
1999	3,700	4,000	—	—	3,500	11,200
2000	7,000	4,000	—	—	3,500	14,500

— Data not available.

¹Cannabis yield figures updated in November 1999, based on information provided by the Mexican Attorney General's Office.Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001).**Table 38. Estimated Worldwide Potential Net Production of Coca Leaf, 1987–2000 (Metric Tons)**

Year	Bolivia	Colombia ¹	Peru	Ecuador	Total
1987	79,200	20,500	191,000	400	291,100
1988	79,500	27,200	187,700	400	294,800
1989	78,200	33,900	186,300	270	298,670
1990	77,000	32,100	196,900	170	306,170
1991	78,000	30,000	222,700	40	330,740
1992	80,300	29,600	223,900	100	333,900
1993	84,400	31,700	155,500	100	271,700
1994	89,800	35,800	165,300	—	290,900
1995	85,000	229,300	183,600	—	497,900
1996	75,100	302,900	174,700	—	552,700
1997	70,100	347,000	130,200	—	547,300
1998	52,900	437,600	95,600	—	586,100
1999	22,800	521,400	69,200	—	613,400
2000	13,400	583,000	54,400	—	650,800

— Data not available.

¹Coca and cocaine yield figures for 1995–1999 were revised upward in 1999, based on United States Government studies. See Methodology section of INCSR 2001 for details.Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001).

Table 39. Domestic Drug Consumption, Calendar Years 1996–2000 (Metric Tons)

Year	Cocaine	Heroin	Marijuana	Methamphetamine
1988	660	15	894	23
1989	576	17	866	19
1990	447	14	837	16
1991	355	12	793	10
1992	346	12	761	14
1993	331	11	791	19
1994	323	11	874	34
1995	321	12	848	54
1996	301	13	874	54
1997	275	12	960	35
1998	267	14	952	27
1999	271	14	1,028	18
2000 ¹	259	13	1,047	20

¹Estimated.

Source: Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988–2000* (in press).

Table 40. Trends in Heroin Supply, 1996–2000 (Metric Tons)

Year	Heroin availability prior to border entry	Heroin availability after border entry	Heroin available for consumption in the United States	Retail value of heroin in the United States (1998 dollars, billions)
1996	13.3	12.7	12.4	\$12.75
1997	14.2	13.3	13.1	\$11.44
1998	13.5	12.8	12.5	\$11.12
1999 ¹	13.7	13.1	12.9	\$10.08
2000 ¹	13.7	13.0	12.9	\$10.04

¹Retail values for 1999 and 2000 are projected.

Sources: Office of National Drug Control Policy, *Estimating Heroin Availability* (2000). Retail value data are from Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988–2000*, (in press).

Table 41. Amount of Coca Leaf Cultivated and Eradicated, Calendar Years 1987–2000 (Hectares)

Year	Cultivated			Eradicated		
	Bolivia	Colombia	Peru	Bolivia	Colombia	Peru
1987	41,400	22,960	109,155	1,040	460	355
1988	50,400	34,230	115,530	1,475	230	5,130
1989	55,400	43,400	121,685	2,500	640	1,285
1990	58,400	41,000	121,300	8,100	900	—
1991	53,386	38,472	120,800	5,486	972	—
1992	48,652	38,059	129,100	3,152	959	—
1993	49,597	40,493	108,800	2,397	793	—
1994	49,158	49,610	108,600	1,058	4,910	—
1995	54,093	59,650	115,300	5,493	8,750	—
1996	55,612	72,800	95,659	7,512	5,600	1,259
1997	52,826	98,500	72,262	7,026	19,000	3,462
1998	49,621	—	58,825	11,621	—	7,825
1999	38,779	—	52,500	16,999	43,246	13,800
2000	22,253	183,200	40,200	7,653	47,000	6,200

— Data not available.

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001). Data for 1992–2000 are from the March 2001 report.**Table 42. Amount of Opium Poppy Cultivated and Eradicated, Calendar Years 1990–2000 (Hectares)**

Year	Afghanistan	Pakistan	Burma	Laos	Thailand	Colombia	Guatemala	Mexico ¹
Cultivated								
1990	12,370	8,405	150,100	30,580	3,435	—	1,930	10,100
1991	17,190	8,645	160,000	29,625	3,000	2,316	1,721	10,130
1992	19,470	9,147	154,915	25,610	3,630	32,858	1,200	10,170
1993	21,080	7,136	166,404	26,040	2,880	29,821	864	11,780
1994	29,180	7,733	149,945	18,520	2,110	23,906	200	12,415
1995	38,740	6,950	154,070	19,650	2,330	10,300	125	13,500
1996	37,950	4,267	163,100	25,250	3,050	12,328	12	13,000
1997	39,150	4,754	165,651	28,150	2,700	13,572	10	12,000
1998	41,720	5,224	146,494	—	2,065	—	15	15,000
1999	51,500	2,767	99,300	—	1,643	—	1	11,500
2000	64,510	2,219	108,700	—	1,647	—	1	9,500
Eradicated								
1990	—	185	—	0	720	—	1,085	4,650
1991	—	440	1,012	0	1,200	1,156	576	6,545
1992	—	977	1,215	0	1,580	12,858	470	11,583
1993	—	856	604	0	0	9,821	426	13,015
1994	—	463	3,345	0	0	3,906	150	11,036
1995	—	0	0	0	580	3,760	86	15,389
1996	—	867	0	0	880	6,028	12	14,671
1997	—	654	10,501	0	1,050	6,972	3	17,732
1998	—	2,194	16,194	—	715	—	12	17,449
1999	—	1,197	9,800	—	808	—	1	15,469
2000	—	1,704	0	—	757	9,254	1	15,300

— Data not available.

¹The eradication figures shown for 1992–2000 are derived from data supplied by Mexican authorities to INCSR. The effective eradication figure is an estimate of the actual amount of crop destroyed—factoring in replanting, repeated spraying of one area, and other factors.Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001). Data for 1992–2000 are from the March 2001 report.

Table 43. Amount of Cannabis Cultivated and Eradicated by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000 (Hectares)

Year	Cultivated			Eradicated		
	Mexico	Jamaica	Colombia	Mexico ¹	Jamaica	Colombia
1990	—	2,250	2,000	6,750	1,030	500
1991	—	1,783	2,000	10,795	833	0
1992	28,520	1,200	2,049	16,872	811	49
1993	21,190	1,200	5,050	16,645	456	50
1994	19,045	1,000	5,000	14,227	692	14
1995	18,650	1,000	5,000	21,573	695	20
1996	18,700	1,000	5,000	22,961	473	—
1997	15,300	1,060	5,000	23,576	743	—
1998	14,100	—	5,000	23,928	705	—
1999	23,100	—	5,000	33,583	894	—
2000	16,900	—	5,000	33,000	517	—

— Data not available.

¹The eradication figures shown for 1992–2000 are derived from data supplied by Mexican authorities to INCSR. The effective eradication figure is an estimate of the actual amount of crop destroyed—factoring in replanting, repeated spraying of one area, and other factors.

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001). Data for 1992–2000 are from the March 2001 report.

Table 44. Amount of Cocaine Seized by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000 (Metric Tons)

Year	South America	Caribbean	Central America	Mexico
1990	71	7	21	49
1991	112	7	28	50
1992	69	8	24	39
1993	65	3	25	46
1994	102	3	15	22
1995	91	5	10	22
1996	94	3	18	24
1997	95	4	28	35
1998	142	7	24	23
1999	82	7	15	34
2000	108	6	10	18

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (March 2001).

Table 45. Amount of Heroin Seized by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000 (Kilograms)

Year	Pakistan		Thailand		China		Laos		Colombia	
	Heroin	Opium	Heroin	Opium	Heroin	Opium	Heroin	Opium	Heroin	Opium
1990	6,400	8,200	1,100	800	1,445	720	40	575	0	0
1991	5,700	5,900	1,500	1,500	2,621	2,327	15	165	0	0
1992	2,900	3,400	992	600	4,489	2,660	2	281	50	430
1993	3,900	4,400	2,100	2,200	4,459	3,354	1	54	261	261
1994	6,200	14,360	1,100	600	3,881	1,737	62	54	181	128
1995	18,040	215,520	690	920	2,376	1,110	43	194	419	78
1996	4,050	8,080	390	620	3,500	1,400	16	216	183	36
1997	5,070	8,540	320	700	5,470	1,600	72	200	261	120
1998	3,330	5,020	530	1,500	—	—	80	442	317	100
1999	4,980	16,320	310	440	—	—	15	226	504	183
2000	7,410	7,840	290	630	—	—	20	78	572	—

— Data not available.

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001). Data for 1992–2000 are from the March 2001 report.

Table 46. Amount of Marijuana Seized by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000 (Metric Tons)

Year	Mexico	Jamaica	Colombia	Pakistan	Thailand	Other
1990	408	29	664	241	130	10
1991	255	43	329	237	54	17
1992	405	35	206	188	87	71
1993	495	75	549	189	98	130
1994	528	46	2,000	178	71	32
1995	780	37	166	544	46	31
1996	1,015	53	235	202	44	64
1997	1,038	24	136	109	9	37
1998	1,062	36	69	65	6	26
1999	1,459	56	65	81	45	29
2000	1,619	56	46	108	7	93

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001). Data for 1992–2000 are from the March 2001 report.

Table 47. Number of Drug Labs Destroyed by Foreign Countries, Calendar Years 1990–2000

Year	Bolivia		Brazil	Colombia		Ecuador	Peru	Mexico	Thailand		Pakistan
	Coca base	Cocaine HCl	Cocaine HCl	Cocaine & base	Morphine & Heroin	Cocaine HCl	Coca base	Not specified	Heroin labs	Metham-phetamine	Not specified
1990	1,446	33	3	269	—	1	151	13	2	—	—
1991	1,461	34	3	239	5	4	89	9	5	—	18
1992	1,393	17	0	224	7	0	88	4	0	—	11
1993	1,300	10	5	401	10	0	38	5	2	—	13
1994	1,891	32	0	560	9	0	21	9	0	—	18
1995	2,226	18	0	396	11	0	21	19	1	—	15
1996	2,033	7	0	861	9	1	14	19	2	1	10
1997	1,022	1	0	213	9	0	18	8	3	19	4
1998	1,205	1	2	311	10	2	—	7	1	13	0
1999	89	1	2	156	10	2	—	—	0	14	2
2000	62	2	—	—	—	0	—	—	0	9	0

— Data not available.

Source: U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (1988–2001). Data for 1992–2000 are from the March 2001 report.

Table 48. DEA-Reported Seizures of MDMA, 1998–2001

Year	Non-Analyzed ¹		Analyzed ²
	Grams	Dosage Units	Dosage Units
1998	20,977	184,206	143,613
1999	180,887	543,996	1,054,973
2000	358,225	3,084,215	3,300,864
2001 ³	98,819	792,612	3,072,704

¹Figures based on DEA *Information-7* report.

²Figures based on lab analyses, data taken from STRIDE (dosage units calculated at 0.125 grams per tablet).

³2001 data through September 2001.

Sources: STRIDE and DEA *Information-7* reports (FDSS tabulation of MDMA commenced April 2001).

Table 49. Estimated Numbers (Thousands) and Percentages of Past-Month Users of Any Illicit Drug, by State or Jurisdiction,¹ Age 12 and Older, 1999

State or jurisdiction ¹	Any illicit drug ²				Marijuana				Cocaine			
	Estimated number of users		Percent who are current users		Estimated number of users		Percent who are current users		Estimated number of users		Percent who are current users	
	Num-ber	Prediction interval	Per-cent	Prediction interval	Num-ber	Prediction interval	Per-cent	Prediction interval	Num-ber	Prediction interval	Per-cent	Prediction interval
United States³	14,182		6.4		10,769		4.9		4,024		1.8	
Alabama	176	(138 - 221)	4.9	(3.8 - 6.1)	120	(91 - 155)	3.3	(2.5 - 4.3)	73	(47 - 107)	2.0	(1.3 - 3.0)
Alaska	52	(42 - 63)	10.7	(8.6 - 13.0)	34	(27 - 42)	7.1	(5.6 - 8.8)	14	(9 - 21)	2.9	(1.8 - 4.3)
Arizona	260	(202 - 328)	6.9	(5.4 - 8.7)	195	(145 - 257)	5.2	(3.8 - 6.8)	68	(47 - 96)	1.8	(1.2 - 2.5)
Arkansas	101	(82 - 124)	4.7	(3.8 - 5.8)	74	(57 - 94)	3.5	(2.7 - 4.4)	32	(22 - 45)	1.5	(1.0 - 2.1)
California	1,979	(1,681 - 2,311)	7.8	(6.6 - 9.1)	1,521	(1,278 - 1,795)	6.0	(5.0 - 7.0)	500	(380 - 646)	2.0	(1.5 - 2.5)
Colorado	291	(232 - 359)	8.7	(6.9 - 10.7)	259	(198 - 330)	7.7	(5.9 - 9.9)	76	(53 - 105)	2.3	(1.6 - 3.1)
Connecticut	190	(148 - 241)	7.1	(5.5 - 8.9)	135	(102 - 176)	5.0	(3.8 - 6.5)	47	(31 - 69)	1.8	(1.1 - 2.6)
Delaware	49	(38 - 60)	7.8	(6.2 - 9.6)	41	(32 - 51)	6.5	(5.1 - 8.2)	15	(10 - 21)	2.4	(1.7 - 3.4)
District of Columbia	32	(25 - 40)	7.4	(5.8 - 9.3)	30	(22 - 40)	7.1	(5.1 - 9.5)	11	(7 - 16)	2.5	(1.6 - 3.7)
Florida	777	(645 - 928)	6.2	(5.2 - 7.4)	628	(500 - 776)	5.0	(4.0 - 6.2)	253	(192 - 326)	2.0	(1.5 - 2.6)
Georgia	357	(277 - 449)	5.7	(4.4 - 7.2)	261	(194 - 342)	4.2	(3.1 - 5.5)	129	(86 - 184)	2.1	(1.4 - 3.0)
Hawaii	65	(49 - 85)	6.7	(5.0 - 8.8)	57	(41 - 75)	5.8	(4.3 - 7.8)	21	(12 - 36)	2.2	(1.2 - 3.7)
Idaho	66	(52 - 81)	6.2	(4.9 - 7.7)	45	(34 - 57)	4.2	(3.2 - 5.4)	15	(10 - 20)	1.4	(1.0 - 1.9)
Illinois	613	(527 - 707)	6.3	(5.4 - 7.3)	472	(406 - 545)	4.8	(4.2 - 5.6)	145	(109 - 188)	1.5	(1.1 - 1.9)
Indiana	330	(266 - 402)	6.7	(5.4 - 8.2)	228	(176 - 289)	4.6	(3.6 - 5.9)	68	(46 - 95)	1.4	(0.9 - 1.9)
Iowa	124	(98 - 154)	5.2	(4.1 - 6.4)	78	(59 - 101)	3.3	(2.5 - 4.2)	29	(20 - 39)	1.2	(0.9 - 1.6)
Kansas	112	(88 - 140)	5.2	(4.1 - 6.5)	79	(61 - 99)	3.7	(2.9 - 4.6)	30	(20 - 42)	1.4	(0.9 - 2.0)
Kentucky	182	(145 - 224)	5.6	(4.4 - 6.9)	117	(90 - 149)	3.6	(2.7 - 4.6)	53	(38 - 72)	1.6	(1.2 - 2.2)
Louisiana	193	(156 - 235)	5.4	(4.4 - 6.6)	125	(98 - 156)	3.5	(2.8 - 4.4)	69	(46 - 98)	1.9	(1.3 - 2.8)
Maine	67	(53 - 84)	6.4	(5.1 - 8.0)	61	(48 - 75)	5.8	(4.6 - 7.2)	12	(8 - 16)	1.1	(0.8 - 1.6)
Maryland	221	(174 - 276)	5.2	(4.1 - 6.5)	207	(156 - 269)	4.9	(3.7 - 6.3)	69	(47 - 96)	1.6	(1.1 - 2.3)
Massachusetts	486	(375 - 614)	9.5	(7.4 - 12.1)	384	(296 - 485)	7.5	(5.8 - 9.5)	114	(73 - 168)	2.2	(1.4 - 3.3)
Michigan	564	(487 - 648)	7.1	(6.2 - 8.2)	419	(360 - 486)	5.3	(4.6 - 6.2)	126	(96 - 162)	1.6	(1.2 - 2.1)
Minnesota	240	(198 - 287)	6.1	(5.0 - 7.3)	208	(168 - 253)	5.3	(4.3 - 6.5)	66	(46 - 90)	1.7	(1.2 - 2.3)
Mississippi	120	(96 - 148)	5.3	(4.3 - 6.6)	75	(58 - 95)	3.3	(2.6 - 4.2)	40	(26 - 58)	1.8	(1.2 - 2.6)
Missouri	273	(219 - 334)	6.1	(4.9 - 7.4)	212	(163 - 269)	4.7	(3.6 - 6.0)	61	(42 - 85)	1.3	(0.9 - 1.9)
Montana	56	(45 - 69)	7.4	(5.9 - 9.1)	45	(35 - 57)	5.9	(4.6 - 7.4)	11	(8 - 15)	1.4	(1.0 - 1.9)

See notes at end of table (continued).

Table 49 (cont.). Estimated Numbers (in Thousands) and Percentages of Past Month Users of Any Illicit Drug, by State or Jurisdiction,¹ Age 12 and Older, 1999

State or jurisdiction ¹	Any illicit drug ²				Marijuana				Cocaine			
	Estimated number of users		Percent who are current users		Estimated number of users		Percent who are current users		Estimated number of users		Percent who are current users	
	Num-ber	Prediction interval	Per-cent	Prediction interval	Num-ber	Prediction interval	Per-cent	Prediction interval	Num-ber	Prediction interval	Per-cent	Prediction interval
Nebraska	69	(55 - 87)	5.1	(4.0 - 6.4)	54	(41 - 69)	3.9	(3.0 - 5.0)	19	(13 - 27)	1.4	(1.0 - 2.0)
Nevada	136	(104 - 174)	9.1	(7.0 - 11.7)	83	(62 - 110)	5.6	(4.1 - 7.4)	38	(23 - 60)	2.6	(1.5 - 4.0)
New Hampshire	64	(51 - 78)	6.4	(5.1 - 7.9)	59	(46 - 73)	5.9	(4.7 - 7.3)	15	(10 - 23)	1.6	(1.0 - 2.4)
New Jersey	478	(380 - 593)	7.2	(5.7 - 8.9)	331	(256 - 421)	5.0	(3.8 - 6.3)	141	(90 - 209)	2.1	(1.4 - 3.1)
New Mexico	114	(91 - 141)	7.8	(6.2 - 9.7)	95	(74 - 120)	6.5	(5.0 - 8.2)	44	(31 - 60)	3.0	(2.2 - 4.1)
New York	968	(805 - 1,153)	6.6	(5.5 - 7.8)	716	(603 - 843)	4.9	(4.1 - 5.7)	289	(201 - 403)	2.0	(1.4 - 2.7)
North Carolina	363	(284 - 454)	5.8	(4.5 - 7.3)	295	(225 - 378)	4.7	(3.6 - 6.0)	118	(83 - 162)	1.9	(1.3 - 2.6)
North Dakota	26	(21 - 32)	4.9	(3.9 - 6.0)	21	(16 - 26)	3.9	(3.1 - 5.0)	6	(4 - 9)	1.1	(0.8 - 1.6)
Ohio	560	(476 - 653)	6.0	(5.1 - 7.1)	399	(337 - 468)	4.3	(3.6 - 5.0)	143	(110 - 184)	1.5	(1.2 - 2.0)
Oklahoma	138	(106 - 176)	5.1	(3.9 - 6.5)	95	(71 - 123)	3.5	(2.6 - 4.5)	47	(30 - 70)	1.7	(1.1 - 2.6)
Oregon	204	(159 - 257)	7.3	(5.7 - 9.2)	184	(140 - 236)	6.6	(5.0 - 8.5)	41	(28 - 57)	1.5	(1.0 - 2.1)
Pennsylvania	638	(529 - 761)	6.3	(5.2 - 7.5)	450	(374 - 535)	4.5	(3.7 - 5.3)	125	(95 - 161)	1.2	(0.9 - 1.6)
Rhode Island	66	(53 - 80)	8.0	(6.5 - 9.8)	61	(47 - 76)	7.4	(5.8 - 9.2)	13	(9 - 19)	1.6	(1.1 - 2.3)
South Carolina	157	(124 - 196)	5.1	(4.0 - 6.3)	119	(91 - 151)	3.8	(3.0 - 4.9)	59	(38 - 87)	1.9	(1.2 - 2.8)
South Dakota	33	(27 - 40)	5.3	(4.3 - 6.5)	25	(20 - 31)	4.1	(3.2 - 5.1)	9	(6 - 12)	1.4	(1.0 - 1.9)
Tennessee	241	(187 - 303)	5.2	(4.1 - 6.6)	164	(122 - 215)	3.6	(2.7 - 4.7)	94	(62 - 134)	2.0	(1.4 - 2.9)
Texas	800	(694 - 917)	5.1	(4.4 - 5.8)	554	(469 - 649)	3.5	(3.0 - 4.1)	369	(298 - 452)	2.3	(1.9 - 2.9)
Utah	101	(82 - 123)	6.0	(4.9 - 7.4)	82	(62 - 105)	4.9	(3.7 - 6.3)	26	(20 - 34)	1.6	(1.2 - 2.1)
Vermont	31	(25 - 38)	6.2	(5.0 - 7.6)	27	(22 - 34)	5.4	(4.3 - 6.7)	7	(5 - 11)	1.5	(1.0 - 2.2)
Virginia	253	(195 - 322)	4.5	(3.5 - 5.8)	224	(165 - 297)	4.0	(3.0 - 5.3)	105	(70 - 150)	1.9	(1.3 - 2.7)
Washington	388	(308 - 480)	8.2	(6.5 - 10.2)	318	(243 - 408)	6.8	(5.2 - 8.7)	78	(53 - 111)	1.7	(1.1 - 2.3)
West Virginia	75	(59 - 91)	4.8	(3.8 - 5.9)	56	(43 - 72)	3.6	(2.7 - 4.6)	21	(15 - 29)	1.4	(0.9 - 1.9)
Wisconsin	274	(224 - 330)	6.3	(5.2 - 7.6)	223	(178 - 275)	5.1	(4.1 - 6.3)	65	(47 - 87)	1.5	(1.1 - 2.0)
Wyoming	29	(23 - 36)	7.0	(5.6 - 8.6)	24	(18 - 30)	5.6	(4.3 - 7.2)	7	(5 - 10)	1.7	(1.3 - 2.4)

¹Excludes jurisdictions outside the United States and the District of Columbia.

²"Any illicit drug" indicates use at least once of marijuana/hashish, cocaine (including crack), inhalants, hallucinogens (including PCP and LSD), heroin, or any prescription-type psychotherapeutic used nonmedically.

³The estimated number of users for the United States is the sum of the hierarchical Bayes estimates across all states and the District of Columbia and typically is not equal to the direct sample-weighted estimate for the Nation. The estimated percentage for the United States is the weighted average of the hierarchical Bayes estimates across all states and the District of Columbia, and typically is not equal to the direct sample-weighted estimate for the Nation.

Source: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *National Household Survey on Drug Abuse, 1999*.

Table 50. Estimated Number of Persons Age 12 or Older Needing but Not Receiving Treatment for an Illicit Drug Problem in the Past Year, by State, 2000

State or jurisdiction	Total	Age groups (years)		
		12–17	18–25	26 or older
Total ¹	3,994,321	963,682	1,511,823	1,518,816
Alabama	60,846	13,085	26,845	20,916
Alaska	10,381	2,879	3,451	4,051
Arizona	88,686	19,499	25,902	43,284
Arkansas	34,202	9,509	14,384	10,309
California	563,676	147,129	172,043	244,504
Colorado	71,131	16,164	24,240	30,727
Connecticut	52,010	13,550	20,130	18,329
Delaware	11,100	2,743	3,719	4,637
District of Columbia	8,820	1,852	2,820	4,148
Florida	196,128	47,578	71,294	77,256
Georgia	110,012	27,273	41,947	40,792
Hawaii	16,838	5,034	4,375	7,492
Idaho	19,700	5,408	9,029	7,429
Illinois	164,309	34,985	65,356	5,263
Indiana	82,093	19,227	35,911	63,967
Iowa	32,845	7,980	14,102	26,955
Kansas	35,310	7,244	13,406	10,764
Kentucky	63,647	13,165	22,798	17,684
Louisiana	65,208	16,667	28,934	19,607
Maine	18,817	5,463	7,565	5,789
Maryland	80,734	19,869	26,850	34,014
Massachusetts	108,669	28,215	36,641	43,812
Michigan	137,607	34,424	61,890	41,293
Minnesota	75,663	18,474	26,808	30,382
Mississippi	37,181	8,488	16,533	12,160
Missouri	67,487	15,037	27,465	24,985
Montana	12,396	3,955	4,616	3,825
Nebraska	22,267	5,205	9,747	7,315
Nevada	27,941	6,816	9,672	11,453
New Hampshire	19,883	6,566	7,006	6,310
New Jersey	110,186	21,851	44,599	43,737
New Mexico	25,748	7,533	8,854	9,362
New York	285,054	49,307	125,708	110,039
North Carolina	98,671	19,877	39,033	39,762
North Dakota	8,019	2,259	3,162	2,598
Ohio	150,150	34,443	61,867	53,840
Oklahoma	43,449	10,098	17,632	15,719
Oregon	54,906	13,900	19,589	21,417
Pennsylvania	160,117	30,162	72,657	57,298
Rhode Island	13,983	3,417	5,282	5,284
South Carolina	48,469	13,398	17,298	17,773
South Dakota	9,262	2,784	3,739	2,739
Tennessee	78,992	22,063	30,487	26,442
Texas	287,765	88,677	106,489	92,599
Utah	36,474	8,360	15,995	12,120
Vermont	9,810	2,511	3,980	3,320
Virginia	87,768	19,913	30,225	37,630
Washington	94,245	21,368	26,444	46,433
West Virginia	22,959	5,606	8,916	8,437
Wisconsin	75,832	21,142	31,298	23,392
Wyoming	6,872	1,531	3,089	2,252

Note: Estimates are based on a survey-weighted hierarchical Bayes estimation approach, and the prediction intervals are generated by Markov Chain Monte Carlo techniques.

¹This estimate is the weighted average of the hierarchical Bayes estimates across all States and the District of Columbia and typically is not equal to the direct sample-weighted estimate for the Nation.

Source: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *National Household Survey on Drug Abuse, 2000* (unpublished data).

Table 51. Number of Clients in Treatment Age 12 or Older by Substance Abuse Problem, According to State or Jurisdiction:¹ October 1, 1997, October 1, 1998, and October 1, 2000

State or jurisdiction	Substance abuse problem											
	Total			Both alcohol and drug abuse			Drug abuse only			Alcohol abuse only		
	1997	1998	2000	1997	1998	2000	1997	1998	2000	1997	1998	2000
Clients in treatment	916,637	1,030,028	969,863	376,482	509,784	472,826	299,593	275,320	280,015	240,562	244,924	217,022
Alabama	10,664	8,933	8,632	2,385	4,274	3,043	5,808	2,929	4,204	2,471	1,730	1,385
Alaska	5,261	2,915	2,762	2,101	1,439	1,292	894	215	297	2,266	1,261	1,173
Arizona	12,307	19,804	25,709	4,297	8,795	10,802	4,612	5,883	7,086	3,398	5,126	7,821
Arkansas	4,129	7,006	3,112	1,652	4,096	1,629	1,588	1,480	999	889	1,430	484
California	88,876	126,340	103,261	36,421	57,515	46,562	39,646	41,512	36,552	12,809	27,313	20,147
Colorado	13,530	24,079	28,298	4,388	10,890	11,301	4,297	4,280	5,110	4,845	8,909	11,887
Connecticut	15,592	16,037	17,638	5,949	7,079	7,423	7,199	6,192	7,976	2,444	2,766	2,239
Delaware	3,567	3,767	3,789	2,256	1,912	2,387	624	1,059	619	687	796	783
District of Columbia	8,201	6,499	6,145	2,722	3,949	2,719	4,033	1,654	2,571	1,446	896	855
Florida	41,663	45,591	43,158	19,358	24,867	22,717	13,908	11,961	11,804	8,397	8,763	8,637
Georgia	16,118	15,775	12,922	7,299	7,231	6,576	4,883	4,452	3,303	3,936	4,092	3,043
Hawaii	2,177	3,012	2,601	893	1,700	1,313	784	663	902	500	649	386
Idaho	2,464	2,896	2,811	1,717	1,858	1,857	360	430	349	387	608	605
Illinois	39,040	45,872	41,183	17,967	22,638	17,631	10,839	12,088	13,390	10,234	11,146	10,162
Indiana	18,458	16,855	15,360	7,597	7,384	7,826	4,334	3,695	3,157	6,527	5,776	4,377
Iowa	5,373	7,287	5,538	2,580	3,646	2,839	870	1,028	864	1,923	2,613	1,835
Kansas	8,288	8,951	12,041	3,906	5,022	7,790	1,637	1,557	1,815	2,745	2,372	2,436
Kentucky	12,119	14,656	17,950	4,093	6,597	7,978	3,365	2,712	4,023	4,661	5,347	5,949
Louisiana	12,185	16,991	11,303	6,273	9,664	5,747	3,595	4,162	4,032	2,317	3,165	1,524
Maine	8,188	8,577	4,680	3,948	4,306	2,465	1,496	1,195	669	2,744	3,076	1,546
Maryland	23,794	23,960	30,395	10,088	11,001	12,817	8,868	7,921	11,810	4,838	5,038	5,768
Massachusetts	33,219	42,508	34,373	13,984	23,781	16,967	10,235	9,871	10,961	9,000	8,856	6,445
Michigan	49,788	48,963	43,380	18,123	19,858	17,467	14,135	13,266	12,253	17,530	15,839	13,660
Minnesota	7,593	10,403	8,264	3,621	5,532	4,024	1,275	2,227	2,057	2,697	2,644	2,183
Mississippi	5,334	8,877	7,326	2,515	5,028	4,477	1,391	1,882	1,133	1,428	1,967	1,716
Missouri	11,090	17,596	17,309	5,789	11,330	9,921	2,740	2,913	4,075	2,561	3,353	3,313
Montana	2,298	2,470	1,898	1,135	1,326	846	482	317	307	681	827	745

See notes at end of table (continued).

Table 51 (cont.). Number of Clients in Treatment Age 12 and Older by Substance Abuse Problem, According to State or Jurisdiction:¹
October 1, 1997, October 1, 1998, and October 1, 2000

State or Jurisdiction	Substance abuse problem											
	Total			Both alcohol and drug abuse			Drug abuse only			Alcohol abuse only		
	1997	1998	2000	1997	1998	2000	1997	1998	2000	1997	1998	2000
Nebraska	4,197	5,515	4,559	2,140	3,065	2,300	444	746	906	1,613	1,704	1,353
Nevada	5,279	7,962	7,292	1,697	4,678	3,609	2,158	1,590	2,281	1,424	1,694	1,402
New Hampshire	2,507	3,374	3,253	1,028	1,741	1,818	465	312	482	1,014	1,321	953
New Jersey	20,594	24,666	22,936	9,147	11,999	9,891	7,928	8,882	9,922	3,519	3,785	3,123
New Mexico	6,452	10,304	9,791	2,469	4,280	4,136	1,132	2,051	2,529	2,851	3,973	3,126
New York	127,272	115,870	115,438	35,175	49,495	55,795	64,260	49,257	44,539	27,837	17,118	15,104
North Carolina	17,379	25,358	30,487	8,358	13,535	15,374	3,427	4,538	6,067	5,594	7,285	9,046
North Dakota	2,086	3,011	1,290	856	1,418	620	242	365	87	988	1,228	583
Ohio	40,401	42,490	37,956	20,864	23,839	21,018	7,950	7,413	7,252	11,587	11,238	9,686
Oklahoma	7,572	8,750	7,346	2,511	3,480	4,046	2,415	2,587	1,332	2,646	2,683	1,968
Oregon	22,627	18,116	21,319	10,731	9,644	12,166	5,154	4,631	5,011	6,742	3,841	4,142
Pennsylvania	36,382	36,536	37,281	17,957	21,460	20,439	10,231	8,282	10,305	8,194	6,794	6,537
Rhode Island	5,084	6,390	5,884	1,874	2,957	2,158	1,914	2,143	2,833	1,296	1,290	893
South Carolina	10,862	9,648	11,942	3,943	3,661	5,537	2,513	2,443	2,444	4,406	3,544	3,961
South Dakota	1,880	2,785	1,797	739	1,261	921	229	205	168	912	1,319	708
Tennessee	13,166	12,903	8,217	6,113	5,111	3,288	4,069	4,502	3,170	2,984	3,290	1,759
Texas	40,693	47,379	44,211	14,860	28,033	25,459	14,346	11,108	12,470	11,487	8,238	6,282
Utah	13,621	11,650	6,250	5,771	5,815	3,156	3,709	3,431	1,893	4,141	2,404	1,201
Vermont	1,638	2,577	2,734	721	1,414	1,404	215	317	322	702	846	1,008
Virginia	21,039	20,888	22,640	10,839	10,595	12,010	4,810	4,431	4,629	5,390	5,862	6,001
Washington	31,260	31,953	32,962	17,295	18,864	19,115	4,392	4,438	5,642	9,573	8,651	8,205
West Virginia	4,704	4,658	4,859	1,159	1,630	1,890	748	792	783	2,797	2,236	2,186
Wisconsin	16,535	18,916	15,308	6,333	8,279	6,875	2,659	3,089	2,405	7,543	7,548	6,028
Wyoming	2,091	1,709	2,273	845	812	1,385	285	223	225	961	674	663

¹Excludes jurisdictions outside the United States and the District of Columbia. Facilities operated by Federal agencies are included in the States in which the facilities are located.

Source: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Uniform Facility Data Set (UFDS): 1997 and 1998. (1999 and 2000).*

Table 52. Percentage¹ of Adult Male Booked Arrestees Who Used Any Drug,² by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	65
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	65	64	65
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	43	54	52
Atlanta	63	69	72	69	74	80	72	66	77	70
Birmingham	63	64	68	69	73	70	67	67	64	65
Charlotte-Metro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68
Chicago	74	69	81	79	79	82	80	74	74	—
Cleveland	56	64	64	66	65	67	64	65	71	72
Dallas	56	59	62	57	60	63	63	63	61	55
Denver	50	60	64	67	66	71	71	69	67	64
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	57	56	55
Detroit	55	58	63	66	67	66	62	68	65	70
Ft. Lauderdale	61	64	61	58	58	67	73	74	64	62
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	63
Houston	65	59	59	48	58	64	63	60	60	57
Indianapolis	45	52	60	69	64	74	63	67	64	64
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	57	58	59
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	57	60	59
Los Angeles	62	67	66	66	62	64	59	64	62	—
Miami	68	68	70	66	57	67	61	62	66	63
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	63	60	67
New Orleans	59	60	62	63	66	67	67	67	69	69
New York City ³	73	77	78	82	83	78	79	77	75	80
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	69	64	71
Omaha	36	48	54	59	54	63	62	60	62	63
Philadelphia	74	78	76	76	76	69	67	79	70	72
Phoenix	42	47	62	65	63	59	64	63	64	66
Portland	61	60	63	65	65	66	71	72	64	64
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	71	68	74
St. Louis	59	64	68	74	77	75	74	72	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	60	60	54
San Antonio	49	54	55	52	51	57	52	56	50	53
San Diego	75	77	78	79	72	71	73	69	64	64
San Jose	58	50	54	55	52	48	51	48	55	53
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	65	66	64
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	62	62	58
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	63	68	69
Washington, D.C.	59	60	60	64	64	66	69	65	69	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

²"Any drug" includes cocaine, opiates, PCP, marijuana, amphetamines, methadone, methaqualone, benzodiazepines, barbiturates, and propoxyphene.

³Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 53. Percentage¹ of Adult Male Booked Arrestees Who Used Marijuana, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	36	37	47
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	33	38	38
Atlanta	12	22	26	25	32	37	36	26	44	38
Birmingham	16	22	28	28	36	44	43	39	39	45
Charlotte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44
Chicago	23	26	40	38	41	47	48	42	45	—
Cleveland	12	17	23	28	29	37	46	37	43	49
Dallas	19	28	28	33	37	44	44	43	39	36
Denver	25	34	36	39	33	42	42	41	44	41
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	42	43	42
Detroit	18	27	37	38	42	46	44	47	48	50
Ft. Lauderdale	28	32	30	29	33	38	38	44	39	43
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30
Houston	17	24	24	23	29	33	24	36	38	36
Indianapolis	23	35	42	39	38	51	44	45	48	49
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	39	33	29
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	26	28	33
Los Angeles	19	23	23	20	23	30	27	27	32	—
Miami	23	30	26	28	29	34	32	29	36	39
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	45	44	54
New Orleans	16	19	25	28	32	40	38	38	40	47
New York City ²	18	22	21	24	28	38	32	39	41	41
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	53	48	57
Omaha	26	38	42	44	42	52	33	44	51	48
Philadelphia	18	26	32	32	34	39	41	45	41	49
Phoenix	22	22	31	29	29	28	30	32	36	34
Portland	33	28	30	27	29	35	38	37	35	36
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	44	44	50
St. Louis	16	21	28	36	39	52	48	50	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	37	35	34
San Antonio	20	28	32	30	34	39	34	41	36	41
San Diego	33	35	40	36	35	40	38	36	36	39
San Jose	25	24	27	30	27	27	29	25	34	36
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	35	39	38
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	43	44	40
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	39	45	45
Washington, D.C.	11	20	26	30	32	40	39	38	35	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.²Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 54. Percentage¹ of Adult Male Booked Arrestees Who Used Cocaine, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	39	43	35
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	20	26	22
Atlanta	57	58	59	57	57	59	51	51	51	49
Birmingham	52	49	51	50	49	43	39	41	37	33
Charlotte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44
Chicago	61	56	53	57	51	52	49	45	42	—
Cleveland	48	53	48	48	42	41	27	37	40	38
Dallas	43	41	44	35	31	32	32	29	34	28
Denver	30	38	41	40	44	44	40	40	41	35
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	18	16	11
Detroit	41	37	34	34	30	27	23	28	27	24
Ft. Lauderdale	44	46	43	41	39	44	51	50	41	31
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16
Houston	56	41	41	29	40	39	40	36	36	32
Indianapolis	22	23	32	47	39	42	31	34	34	31
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	37	42	45
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	24	30	23
Los Angeles	44	52	48	48	44	44	38	43	36	—
Miami	61	56	61	56	42	52	46	47	49	44
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	27	29	26
New Orleans	50	49	48	47	47	46	46	46	44	35
New York City ²	62	62	66	68	68	56	58	47	44	49
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	27	26	22
Omaha	14	16	19	26	19	24	21	25	22	18
Philadelphia	62	63	56	54	51	40	34	45	39	31
Phoenix	20	26	30	28	27	32	32	31	32	32
Portland	30	35	33	32	30	34	37	29	23	22
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	18	16	18
St. Louis	48	50	50	50	51	43	41	35	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	20	22	18
San Antonio	31	32	31	31	24	28	26	27	23	20
San Diego	45	45	37	30	28	27	21	19	17	15
San Jose	33	28	23	19	18	16	14	8	14	12
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	36	33	31
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	18	18	15
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	39	40	41
Washington, D.C.	49	44	37	38	35	33	33	33	38	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

²Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 55. Percentage¹ of Adult Male Booked Arrestees Who Used Opiates, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	8	14	12
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	2	3	4
Atlanta	3	4	3	2	3	3	2	1	4	3
Birmingham	5	3	4	4	2	4	5	4	4	10
Charlotte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Chicago	21	19	28	27	22	20	22	18	20	—
Cleveland	3	3	4	3	5	3	4	6	4	4
Dallas	4	4	4	3	5	5	4	2	5	3
Denver	2	2	4	4	5	5	4	4	3	3
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	3	1	3
Detroit	8	8	8	7	7	7	5	7	9	8
Ft. Lauderdale	1	1	1	1	2	2	3	2	1	2
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Houston	3	3	2	3	5	8	10	8	6	7
Indianapolis	3	4	4	3	2	3	3	2	3	3
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	11	11	10
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	3	5	5
Los Angeles	10	10	9	10	7	6	6	6	6	—
Miami	2	2	2	2	3	1	2	2	3	4
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	5	4	3
New Orleans	4	4	5	5	7	7	11	13	14	16
New York City ²	14	18	20	19	20	17	19	16	15	21
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3
Omaha	2	2	2	2	1	1	2	2	0	2
Philadelphia	11	12	11	14	12	11	11	18	15	12
Phoenix	5	5	6	6	8	9	9	6	8	7
Portland	9	11	11	12	15	13	14	16	13	14
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	3	4	3
St. Louis	6	7	9	11	11	10	10	11	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	8	9	7
San Antonio	16	15	14	13	10	10	10	10	10	10
San Diego	17	16	16	12	8	9	7	9	9	6
San Jose	8	4	6	6	5	5	6	4	4	6
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	17	14	10
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	9	7	8
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	7	9	9
Washington, D.C.	10	11	10	9	8	9	10	10	16	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.²Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 56. Percentage¹ of Adult Male Booked Arrestees Who Used Methamphetamine, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.0
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	3.4	5.1	4.7
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	0.0	0.5	0.2
Atlanta	0.2	0.1	0.4	0.1	0.4	—	0.6	0.0	0.4	0.5
Birmingham	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	—	0.6	0.0	0.1	0.2
Charlotte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.4
Chicago	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	—	0.3	0.2	0.0	—
Cleveland	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	0.0	0.0	0.1
Dallas	0.6	0.9	2.0	2.0	2.2	—	2.6	3.3	2.5	2.1
Denver	0.8	1.0	1.2	2.1	4.1	—	5.0	5.2	3.0	2.6
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	10.2	14.0	18.6
Detroit	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	0.2	0.0	0.0
Ft. Lauderdale	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	—	0.1	0.0	0.4	0.0
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35.9
Houston	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	—	0.0	0.2	0.1	0.5
Indianapolis	0.0	0.1	0.2	0.4	0.8	—	0.2	0.8	0.6	0.7
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	0.0	0.2	0.0
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	13.8	16.2	17.8
Los Angeles	5.4	4.8	8.2	7.7	5.8	—	4.7	8.0	8.9	—
Miami	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	0.2	0.0	0.0
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	0.8	1.1	1.6
New Orleans	0.2	0.2	0.0	0.1	0.0	—	0.0	0.2	0.1	0.2
New York City ²	0.2	0.0	0.1	0.3	0.0	—	0.0	0.0	0.0	0.0
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	8.0	8.7	11.3
Omaha	0.1	0.5	1.4	3.3	7.8	—	9.7	10.2	7.8	11.0
Philadelphia	0.5	0.5	0.4	0.1	0.4	—	0.6	0.6	0.2	0.0
Phoenix	4.5	5.1	15.6	25.4	22.0	—	16.4	16.4	16.6	19.1
Portland	7.5	5.9	11.3	16.3	18.1	—	15.9	18.1	19.8	21.4
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	24.6	27.6	29.3
St. Louis	0.2	0.1	0.0	0.5	0.6	—	0.4	0.3	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	20.3	24.8	17.1
San Antonio	1.3	0.8	0.6	1.0	1.1	—	1.7	2.0	1.8	0.2
San Diego	18.0	23.7	35.5	41.0	36.0	—	39.6	33.2	26.0	26.3
San Jose	6.6	5.9	15.3	19.9	16.3	—	18.4	19.7	24.4	21.5
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	6.4	9.0	9.2
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	15.8	20.1	20.4
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	4.0	5.8	6.9
Washington, D.C.	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	—	0.3	0.0	0.9	—

— Data not available.

¹ Percent positive by urinalysis, January through December of each year.

² Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 57. Percentage¹ of Adult Female Booked Arrestees Who Used Any Drug,² by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ³
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	73	74	58
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	58	56	46
Atlanta	70	65	74	72	68	77	74	—	77	72
Birmingham	62	59	55	63	57	59	67	74	53	53
Chicago	—	—	—	—	—	—	—	72	77	80
Cleveland	79	74	77	82	71	70	57	58	68	68
Dallas	56	66	61	63	58	58	53	49	56	39
Denver	54	61	66	68	66	69	69	69	69	71
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	67	53	59
Detroit	68	72	76	62	78	69	69	60	69	70
Ft. Lauderdale	64	62	60	62	60	66	68	67	68	61
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	63
Houston	59	54	53	48	50	54	45	52	43	52
Indianapolis	54	50	58	69	72	72	67	67	69	72
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	33	22	31
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	70	72	61
Los Angeles	75	72	77	72	68	78	70	71	62	65
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	44	57	61
New Orleans	50	52	47	32	50	35	40	51	59	57
New York City ⁴	77	85	83	90	84	83	81	82	81	75
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	—	65	67
Omaha	—	—	—	58	56	51	54	60	62	53
Philadelphia	75	78	79	76	77	81	75	77	76	59
Phoenix	61	63	62	67	63	65	66	71	67	66
Portland	68	73	74	74	68	74	78	74	68	69
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	73	75	85
St. Louis	54	70	69	76	69	73	70	69	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	69	66	59
San Antonio	45	44	42	39	41	44	37	38	31	—
San Diego	73	72	78	76	73	62	73	64	67	66
San Jose	52	56	51	61	50	53	53	42	61	69
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	81	70	74
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	68	71	42
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	57	58	71
Washington, D.C.	75	72	71	67	65	58	57	65	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.²“Any drug” includes cocaine, opiates, PCP, marijuana, amphetamines, methadone, methaqualone, benzodiazepines, barbiturates, and propoxyphene.³Data for 2000 are unweighted and not based on probability sampling.⁴Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM)*, National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 58. Percentage¹ of Adult Female Booked Arrestees Who Used Marijuana, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ²
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	24	24	18
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	23	31	28
Atlanta	8	13	16	15	13	26	28	—	34	26
Birmingham	10	13	12	17	12	22	25	18	26	18
Chicago	—	—	—	—	—	—	—	20	27	26
Cleveland	7	11	13	16	11	22	22	27	28	24
Dallas	11	24	19	22	21	44	28	24	27	21
Denver	16	19	24	22	21	27	32	30	34	34
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	15	34	36
Detroit	4	11	10	16	18	19	28	22	26	24
Ft. Lauderdale	14	21	20	18	18	24	24	25	29	28
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
Houston	8	12	15	13	18	26	17	20	23	27
Indianapolis	22	26	25	22	24	31	30	31	38	38
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	13	9	17
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	22	23	25
Los Angeles	9	13	15	12	14	38	18	22	21	32
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	23	29	44
New Orleans	7	8	14	7	16	13	12	22	25	28
New York City ³	11	12	19	15	16	19	25	23	26	28
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	—	39	45
Omaha	—	—	—	28	24	33	33	28	36	33
Philadelphia	14	15	20	18	20	21	21	24	26	22
Phoenix	14	15	20	22	19	22	21	25	26	23
Portland	28	17	17	19	16	26	19	23	23	26
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	28	33	26
St. Louis	8	11	15	15	18	29	31	32	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	29	23	25
San Antonio	9	16	16	15	16	19	17	18	16	—
San Diego	20	25	25	20	20	23	24	27	29	27
San Jose	13	18	17	18	12	19	17	14	26	31
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	38	28	48
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	27	32	25
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	22	24	29
Washington, D.C.	6	8	9	10	18	23	19	29	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

²Data for 2000 are unweighted and not based on probability sampling.

³Data before the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 59. Percentage¹ of Adult Female Booked Arrestees Who Used Cocaine, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ²
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	59	56	41
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	50	36	24
Atlanta	66	58	68	62	62	63	61	—	62	58
Birmingham	44	46	41	50	48	39	49	57	34	42
Chicago	—	—	—	—	—	—	—	56	64	59
Cleveland	76	66	69	74	63	52	39	41	50	52
Dallas	45	48	43	46	44	36	34	30	40	24
Denver	41	50	47	51	52	53	50	50	51	47
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	24	22	18
Detroit	62	62	64	46	61	53	48	46	46	42
Ft. Lauderdale	55	47	45	52	50	52	57	53	52	45
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
Houston	52	44	43	36	32	34	29	37	23	32
Indianapolis	26	25	36	56	54	52	45	43	45	45
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	33	21	22
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	35	50	28
Los Angeles	62	58	59	53	49	56	49	45	37	33
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	29	36	33
New Orleans	42	44	37	25	37	26	32	39	41	41
New York City ³	66	72	70	80	71	69	62	67	65	53
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	—	35	27
Omaha	—	—	—	34	30	28	17	36	32	22
Philadelphia	64	67	61	61	59	69	58	61	60	41
Phoenix	45	49	38	36	33	42	33	40	43	35
Portland	40	54	47	43	40	46	45	37	33	30
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	31	30	37
St. Louis	47	62	62	69	57	55	53	44	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	20	26	15
San Antonio	25	25	24	22	24	23	18	20	19	—
San Diego	40	37	36	18	28	22	23	20	23	26
San Jose	30	32	19	23	16	21	16	10	20	8
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	57	48	39
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	32	31	8
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	41	41	49
Washington, D.C.	68	64	62	55	46	40	39	40	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.²Data for 2000 are unweighted and not based on probability sampling.³Data prior to the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 60. Percentage¹ of Adult Female Booked Arrestees Who Used Opiates, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ²
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	15	31	14
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	4	2	8
Atlanta	4	5	4	4	3	3	3	—	5	3
Birmingham	11	4	4	3	3	6	5	18	4	4
Chicago	—	—	—	—	—	—	—	27	32	40
Cleveland	6	5	4	4	6	6	4	1	8	7
Dallas	9	8	10	7	5	5	5	5	7	5
Denver	2	5	6	5	6	5	6	3	3	6
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	6	3	7
Detroit	11	15	14	13	15	18	9	22	16	24
Ft. Lauderdale	4	3	3	3	3	3	4	5	4	7
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Houston	4	4	4	6	3	4	5	7	7	3
Indianapolis	11	7	4	5	7	3	3	5	5	6
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	0	2	7
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	14	9	5
Los Angeles	18	13	14	12	10	17	11	9	8	8
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	6	9	6
New Orleans	7	6	5	2	4	3	3	3	7	9
New York City ³	21	24	23	30	19	27	20	22	21	19
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5
Omaha	—	—	—	2	2	3	4	5	0	1
Philadelphia	9	11	14	18	14	16	16	15	14	11
Phoenix	17	15	14	12	12	13	8	7	12	7
Portland	17	22	19	21	18	26	27	25	19	22
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	8	5	11
St. Louis	7	7	16	8	8	7	9	5	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	14	15	9
San Antonio	21	14	14	14	13	13	9	9	10	—
San Diego	21	17	20	13	12	10	12	7	11	8
San Jose	7	9	8	10	10	9	12	5	13	4
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	17	20	17
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	17	13	8
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	7	9	17
Washington, D.C.	16	19	21	13	16	11	11	10	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

²Data for 2000 are unweighted and not based on probability sampling.

³Data prior to the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 61. Percentage¹ of Adult Female Booked Arrestees Who Used Methamphetamine, by Location, 1991–2000

Location	Year									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ²
Albany (Capital Area)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.0
Albuquerque	—	—	—	—	—	—	—	2.4	8.9	5.7
Anchorage	—	—	—	—	—	—	—	0.0	0.0	0.8
Atlanta	0.3	0.0	0.3	0.3	0.6	—	0.7	—	0.8	0.0
Birmingham	0.3	0.0	1.2	1.2	0.0	—	0.5	0.0	0.9	2.2
Chicago	—	—	—	—	—	—	—	0.0	0.0	0.3
Cleveland	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	0.0	0.0	0.0
Dallas	1.5	2.7	3.3	3.3	3.7	—	2.8	4.0	3.2	3.0
Denver	1.7	1.4	2.1	2.1	3.2	—	4.6	4.6	2.4	5.3
Des Moines	—	—	—	—	—	—	—	24.2	22.4	20.5
Detroit	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	—	0.0	0.0	0.0	0.0
Ft. Lauderdale	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	—	0.0	0.0	0.0	0.0
Honolulu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	47.2
Houston	0.9	0.0	0.2	0.2	0.9	—	0.5	0.0	0.1	1.7
Indianapolis	0.3	0.0	0.6	0.6	0.0	—	0.2	0.0	0.5	0.7
Laredo	—	—	—	—	—	—	—	0.0	0.0	0.0
Las Vegas	—	—	—	—	—	—	—	24.3	17.9	20.5
Los Angeles	6.8	8.0	9.8	9.8	11.3	—	8.9	11.8	12.0	12.3
Minneapolis	—	—	—	—	—	—	—	0.0	2.5	0.0
New Orleans	0.3	0.5	0.5	0.5	0.0	—	0.0	0.3	0.0	0.4
New York City ³	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	—	0.0	0.0	0.0	0.0
Oklahoma City	—	—	—	—	—	—	—	—	11.3	16.2
Omaha	—	—	2.7	2.7	10.3	—	13.3	13.6	11.1	13.2
Philadelphia	0.2	0.4	0.7	0.7	1.1	—	0.0	0.3	0.0	0.0
Phoenix	5.6	6.9	26.0	26.0	21.7	—	25.6	22.4	14.3	24.1
Portland	11.5	7.3	21.4	21.4	19.7	—	20.7	22.3	24.8	23.5
Sacramento	—	—	—	—	—	—	—	29.2	32.4	29.6
St. Louis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	—	2.1	2.5	—	—
Salt Lake City	—	—	—	—	—	—	—	31.4	34.1	28.9
San Antonio	1.6	1.6	0.7	0.7	2.5	—	2.4	1.7	1.4	—
San Diego	24.9	25.5	53.0	53.0	40.2	—	42.2	33.3	36.3	28.7
San Jose	7.1	11.3	23.3	23.3	23.6	—	24.9	21.1	31.6	40.8
Seattle	—	—	—	—	—	—	—	5.2	9.5	21.7
Spokane	—	—	—	—	—	—	—	22.0	26.6	8.3
Tucson	—	—	—	—	—	—	—	2.5	9.6	9.0
Washington, D.C.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	0.0	0.5	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year.²Data for 2000 are unweighted and not based on probability sampling.³Data prior to the third quarter of 1998 pertain to Manhattan only.

Sources: 1991–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1991–1996); 1997–1998 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997 and 1998); 1999 data from *1999 Annual Report on Drug Use Among Adult and Juvenile Arrestees*, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 62. Percentage¹ of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Any Drug,² by Location, 1994–2000

Location	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Birmingham	38	44	55	63	51	45	42
Cleveland	47	53	63	61	62	62	57
Denver	54	51	61	65	62	62	67
Indianapolis	30	34	44	42	50	—	—
Los Angeles	37	42	57	62	61	54	62
Phoenix	51	48	56	56	69	69	60
Portland	23	19	38	43	53	43	51
St. Louis	38	38	56	54	40	—	—
San Antonio	39	44	50	58	55	56	54
San Diego	42	53	53	63	56	57	47
San Jose	35	35	46	52	42	—	—
Tucson	—	—	—	—	51	56	54
Washington, D.C.	64	58	67	66	59	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

²“Any drug” includes cocaine, opiates, PCP, marijuana, amphetamines, methadone, methaqualone, benzodiazepines, barbiturates, and propoxyphene.

Source: 1994–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1994–1996); 1997–1999 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997–1999), Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 63. Percentage¹ of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Marijuana, by Location, 1994–2000

Location	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Birmingham	34	42	53	61	47	43	42
Cleveland	42	47	62	58	60	60	55
Denver	52	49	60	62	59	59	65
Indianapolis	26	33	43	39	47	—	—
Los Angeles	31	34	51	55	56	52	57
Phoenix	41	41	52	49	64	62	55
Portland	18	16	36	41	50	41	46
St. Louis	34	34	56	54	40	—	—
San Antonio	35	41	48	53	49	53	54
San Diego	33	48	48	53	49	53	44
San Jose	28	31	41	45	35	—	—
Tucson	—	—	—	—	48	53	52
Washington, D.C.	61	54	65	65	57	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

Source: 1994–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1994–1996); 1997–1999 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997–1999), Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 64. Percentage¹ of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Cocaine, by Location, 1994–2000

Location	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Birmingham	6	6	9	8	9	4	0
Cleveland	17	17	12	12	12	9	8
Denver	10	8	7	8	13	9	11
Indianapolis	8	5	6	3	11	—	—
Los Angeles	8	12	13	12	15	8	9
Phoenix	11	8	13	14	14	16	13
Portland	3	2	3	4	4	3	3
St. Louis	10	5	4	4	2	—	—
San Antonio	9	6	10	15	8	7	5
San Diego	2	4	5	4	4	3	3
San Jose	5	4	4	4	6	—	—
Tucson	—	—	—	—	5	12	11
Washington, D.C.	9	4	4	4	3	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

Source: 1994–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1994–1996); 1997–1999 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997–1999), Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 65. Percentage¹ of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Opiates, by Location, 1994–2000

Location	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Birmingham	2	1	2	2	0	0	2
Cleveland	*	0	*	2	0	*	0
Denver	*	*	*	0	0	*	2
Indianapolis	1	*	*	1	0	—	—
Los Angeles	*	1	1	1	1	1	1
Phoenix	0	1	1	1	1	2	1
Portland	*	*	*	1	1	3	3
St. Louis	2	2	0	1	0	—	—
San Antonio	1	*	4	3	1	3	3
San Diego	1	1	1	2	1	*	1
San Jose	*	*	*	0	2	—	—
Tucson	—	—	—	—	0	1	0
Washington, D.C.	*	1	*	0	2	—	—

— Data not available.

*Less than 1 percent.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year. Percentages are rounded.

Source: 1994–1996 data from *Drug Use Forecasting* (1994–1996); 1997–1999 data from *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997–1999), Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); 2000 data from *2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 66. Percentage¹ of Juvenile Male Booked Arrestees Who Used Methamphetamine, by Location, 1997–2000

Location	1997	1998	1999	2000
Birmingham	2.1	0.0	0.0	0.0
Cleveland	0.0	0.0	0.0	0.0
Denver	1.2	0.7	0.3	1.0
Indianapolis	0.2	0.0	—	—
Los Angeles	6.5	3.6	2.2	3.8
Phoenix	6.5	6.0	5.6	5.7
Portland	2.5	3.0	0.0	5.8
St. Louis	0.0	0.0	—	—
San Antonio	0.3	0.4	0.0	0.0
San Diego	17.2	12.2	15.8	7.8
San Jose	13.7	9.0	—	—
Tucson	—	0.0	0.7	0.0
Washington, D.C.	0.0	0.0	—	—

— Data not available.

¹Percent positive by urinalysis, January through December of each year.

Source: *Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees* (1997–1999) Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM), National Institute of Justice (NIJ); *2000 data from 2000 Annualized Site Visit Reports*, ADAM, NIJ (2001).

Table 67. Methamphetamine Lab Seizures, by State: 1995–2001

State	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ¹
Alabama	2	5	4	1	26	81	104
Alaska	0	1	0	0	10	19	7
Arizona	16	83	129	222	364	375	235
Arkansas	19	74	164	148	130	209	205
California	108	155	178	118	164	1,625	846
Colorado	13	17	26	51	85	126	101
Connecticut	0	0	0	0	0	0	0
Delaware	1	0	1	0	0	1	0
District of Columbia	0	0	1	0	0	0	0
Florida	3	0	1	6	13	15	20
Georgia	3	4	10	3	21	52	21
Hawaii	0	0	3	0	2	4	3
Idaho	1	3	3	4	1	88	65
Illinois	0	5	14	45	67	112	130
Indiana	0	1	4	3	3	217	204
Iowa	4	10	22	19	16	208	218
Kansas	16	43	43	29	44	379	310
Kentucky	1	3	1	8	6	87	95
Louisiana	1	1	1	3	6	14	8
Maine	0	0	0	1	0	2	2
Maryland	0	0	0	0	1	0	0
Massachusetts	0	0	0	3	0	0	0
Michigan	3	2	4	3	7	18	49
Minnesota	10	14	14	21	20	102	63
Mississippi	0	1	0	5	9	95	89
Missouri	37	235	396	315	195	628	494
Montana	1	1	2	1	16	20	33
Nebraska	1	1	1	7	7	35	38
Nevada	23	37	19	15	20	244	144
New Hampshire	0	0	0	1	0	1	1
New Jersey	0	1	3	0	0	0	0
New Mexico	4	7	20	26	44	48	45
New York	0	0	0	0	1	1	0
North Carolina	0	0	2	1	4	13	20
North Dakota	1	1	1	0	6	22	27
Ohio	0	1	7	6	14	27	54
Oklahoma	8	71	106	102	200	300	394
Oregon	2	8	10	25	10	237	281
Pennsylvania	2	12	6	5	1	8	5
Rhode Island	0	0	0	0	0	0	1
South Carolina	0	0	0	0	0	5	2
South Dakota	1	1	2	0	1	7	14
Tennessee	2	2	22	50	60	221	265
Texas	10	12	24	31	101	341	336
Utah	29	63	112	91	204	203	113
Vermont	0	0	0	0	0	0	0
Virginia	0	0	2	1	8	1	3
Washington	2	1	4	8	23	708	447
West Virginia	0	0	0	1	4	11	9
Wisconsin	2	2	0	0	0	2	15
Wyoming	1	1	0	8	4	10	6
Total	327	879	1,362	1,387	1,918	6,922	5,522

¹2001 data through September.

Source: El Paso Intelligence Center.

Table 68. Estimated Number of Emergency Department Drug Episodes, by Metropolitan Area, 1993–2000

Metro area	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total U.S.	460,910	518,521	513,633	514,347	527,058	542,544	554,932	601,776
Atlanta	7,728	10,828	11,063	9,400	8,004	10,722	10,195	11,114
Baltimore	13,474	15,862	15,966	15,994	12,755	13,736	14,172	11,505
Boston	12,644	15,225	16,073	13,539	12,229	13,657	11,669	14,902
Buffalo	2,522	2,926	2,714	3,587	2,812	2,683	2,711	2,899
Chicago	17,978	21,511	21,885	23,524	26,891	26,209	26,158	30,330
Dallas	4,739	5,160	5,230	4,978	6,195	7,198	6,245	6,798
Denver	3,791	5,034	4,609	3,419	4,338	4,091	4,816	4,946
Detroit	19,169	17,162	18,630	20,822	17,604	17,483	16,126	17,042
L.A.-Long Beach	20,611	19,256	19,260	20,278	17,187	17,103	20,678	25,288
Miami-Hialeah	5,588	5,849	6,421	6,292	6,285	6,426	7,128	8,560
Minn.-St. Paul	4,558	4,611	4,327	4,836	4,974	4,348	4,643	5,198
New Orleans	4,092	4,739	5,868	5,844	5,209	5,091	4,459	4,664
New York	45,116	43,127	40,792	40,471	37,116	36,142	30,662	31,885
Newark	9,216	9,395	10,870	9,909	8,893	8,944	8,301	7,749
Philadelphia	19,801	17,711	20,502	21,634	23,229	24,928	24,413	23,433
Phoenix	5,930	6,879	7,913	7,434	7,327	7,060	8,293	9,072
St. Louis	4,020	6,039	5,662	6,188	5,664	5,719	6,336	6,908
San Diego	5,310	5,051	4,661	5,811	6,754	6,982	7,036	7,094
San Francisco	11,763	11,766	10,165	9,536	9,424	9,070	8,930	7,857
Seattle	7,266	10,049	8,517	8,476	10,593	8,332	8,426	11,116
Washington, DC	12,339	14,152	11,830	11,720	11,194	11,596	10,282	10,303
National panel	223,256	266,189	260,674	260,654	282,380	295,023	313,254	343,112

Note: These estimates are based on a representative sample of non-Federal short-stay hospitals with 24-hour emergency departments in the coterminous United States.

Source: Office of Applied Studies, *Drug Abuse Warning Network, 2000* (March 2001 update).

Table 69. Estimated Number of Emergency Department Cocaine Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000

Metro Area	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total U.S.	123,423	142,878	135,801	152,433	161,087	172,014	168,763	174,896
Atlanta	4,384	6,165	6,515	5,434	4,244	5,980	5,236	6,229
Baltimore	7,643	8,882	8,603	8,515	6,253	6,871	6,921	4,943
Boston	3,912	4,715	5,267	4,109	3,333	4,526	3,560	4,101
Buffalo	974	1,207	1,334	2,203	1,526	1,225	1,119	1,018
Chicago	8,640	10,797	10,702	12,688	14,373	13,640	13,399	14,871
Dallas	1,345	1,426	1,457	1,393	1,778	2,586	2,107	2,180
Denver	968	1,299	1,149	811	1,072	1,254	1,382	1,342
Detroit	8,991	7,964	8,767	10,435	8,093	8,617	7,699	7,870
L.A.-Long Beach	5,362	5,070	4,985	5,710	4,707	5,783	6,772	9,111
Miami-Hialeah	2,662	2,742	3,078	3,104	3,254	3,553	4,018	4,381
Minn.-St. Paul	457	578	465	675	736	773	814	841
New Orleans	1,686	1,884	2,018	2,380	2,363	2,396	2,140	1,998
New York	21,085	20,214	19,724	21,592	20,202	19,549	14,799	14,250
Newark	3,825	4,228	4,658	4,436	3,571	3,743	3,124	2,726
Philadelphia	9,943	8,446	9,502	10,384	11,202	13,049	12,434	10,497
Phoenix	838	1,067	1,165	1,382	1,334	1,486	1,882	1,778
St. Louis	1,220	2,329	1,841	1,852	1,494	2,073	2,329	2,403
San Diego	869	668	644	906	846	971	1,063	1,002
San Francisco	3,035	3,123	2,560	2,315	1,979	1,843	1,936	2,056
Seattle	1,760	2,896	2,157	2,143	2,850	2,399	2,520	3,338
Washington, DC	4,275	4,849	3,542	3,881	3,223	3,718	3,150	2,830
National panel	29,550	42,330	35,668	46,085	62,654	66,078	70,361	75,129

Note: These estimates are based on a representative sample of non-Federal short-stay hospitals with 24-hour emergency departments in the coterminous United States.

Source: Office of Applied Studies, *Drug Abuse Warning Network, 2000* (March 2001 update).

Table 70. Estimated Number of Emergency Department Heroin/Morphine Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000

Metro Area	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total U.S.	63,232	64,013	70,838	73,846	72,010	77,645	84,409	97,287
Atlanta	250	456	424	414	400	483	432	507
Baltimore	5,719	7,510	8,222	8,111	5,873	6,725	7,013	5,414
Boston	2,319	2,527	2,971	2,751	2,517	2,756	2,874	3,888
Buffalo	279	355	385	448	471	545	525	687
Chicago	3,581	4,787	4,725	6,282	8,633	9,383	9,725	12,564
Dallas	297	237	276	347	516	512	444	492
Denver	276	495	470	344	476	509	651	682
Detroit	2,380	2,106	2,401	3,214	3,046	2,901	2,678	3,369
L.A.-Long Beach	3,724	2,949	3,088	3,305	2,532	2,631	2,955	3,225
Miami-Hialeah	251	264	336	391	599	772	921	1,459
Minn.-St. Paul	138	78	106	127	170	177	207	237
New Orleans	140	179	274	308	431	534	664	996
New York	11,351	11,185	10,728	11,167	9,491	9,244	9,331	11,028
Newark	4,526	4,498	5,686	5,392	4,367	5,080	4,736	4,401
Philadelphia	2,478	2,440	3,879	3,941	3,817	3,586	4,152	4,719
Phoenix	487	483	490	635	832	893	877	899
St. Louis	215	408	394	502	472	644	876	1,111
San Diego	842	695	691	982	927	1,011	1,112	1,070
San Francisco	3,694	3,555	3,139	3,157	2,751	2,386	3,074	2,773
Seattle	1,727	2,092	2,034	2,442	2,922	2,439	2,488	2,522
Washington, DC	1,414	1,261	1,307	1,535	1,691	2,112	1,794	1,967
National panel	17,146	15,437	18,813	18,052	19,074	22,323	26,880	33,277

Note: These estimates are based on a representative sample of non-Federal short-stay hospitals with 24-hour emergency departments in the coterminous United States.

Source: Office of Applied Studies, *Drug Abuse Warning Network, 2000* (March 2001 update).

Table 71. Estimated Number of Emergency Department Marijuana/Hashish Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000

Metro area	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total U.S.	28,873	40,183	45,271	53,789	64,744	76,870	87,150	96,446
Atlanta	849	1,527	1,671	1,547	1,578	2,633	2,515	2,431
Baltimore	625	770	945	1,194	1,402	1,495	1,679	1,620
Boston	1,185	1,870	2,400	2,127	1,768	2,907	1,961	2,945
Buffalo	138	230	295	512	472	453	493	553
Chicago	1,366	2,219	2,919	3,533	4,424	5,002	4,561	5,401
Dallas	367	477	555	556	916	1,513	1,176	1,226
Denver	202	406	497	288	505	579	681	818
Detroit	2,716	2,849	3,875	4,215	3,746	4,335	4,100	4,344
LA-Long Beach	1,745	1,658	1,706	2,132	2,084	3,423	5,473	5,846
Miami-Hialeah	472	711	969	1,015	1,030	1,118	1,285	1,770
Minn.-St. Paul	391	482	469	544	604	491	627	803
New Orleans	610	885	1,025	1,247	1,345	1,196	1,044	1,068
New York	2,092	2,589	2,976	3,571	3,842	3,684	3,491	3,544
Newark	436	628	743	627	500	532	533	541
Philadelphia	1,955	2,085	3,061	3,436	4,556	5,310	5,465	4,936
Phoenix	226	453	474	610	741	726	1,028	1,073
St. Louis	155	901	861	925	1,109	1,338	1,640	1,763
San Diego	479	513	480	626	970	1,127	923	955
San Francisco	451	479	507	425	390	394	470	627
Seattle	406	870	993	897	1,663	936	808	1,414
Washington, DC	2,102	2,712	2,035	2,167	2,394	2,362	2,518	2,511
National panel	9,905	14,868	15,814	21,596	28,075	35,316	44,679	50,255

Note: These estimates are based on a representative sample of non-Federal short-stay hospitals with 24-hour emergency departments in the coterminous United States.

Source: Office of Applied Studies, *Drug Abuse Warning Network, 2000* (March 2001 update).

Table 72. Estimated Number of Emergency Department Methamphetamine/Speed Mentions, by Metropolitan Area, 1993–2000

Metro area	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total U.S.	9,926	17,665	15,936	11,002	17,154	11,491	10,447	13,513
Atlanta	55	101	147	135	214	162	83	109
Baltimore	5	4	4	6	7	6	10	6
Boston	15	3	7	—	13	6	12	14
Buffalo	7	8	6	9	8	9	7	5
Chicago	20	20	34	28	29	33	22	25
Dallas	79	154	203	115	159	186	100	135
Denver	55	145	176	105	292	120	101	110
Detroit	24	17	15	—	—	0	—	—
LA-Long Beach	1,226	1,400	1,276	1,268	1,229	786	910	1,375
Miami-Hialeah	4	8	5	9	10	16	9	15
Minn.-St. Paul	42	64	93	108	217	112	112	153
New Orleans	10	12	18	22	26	25	23	27
New York	16	21	23	21	32	36	17	31
Newark	1	—	—	—	—	—	3	6
Philadelphia	110	92	91	66	101	48	47	67
Phoenix	481	813	777	725	800	446	341	600
St. Louis	29	52	76	39	67	66	104	162
San Diego	929	913	686	666	976	721	584	747
San Francisco	992	1,258	1,106	934	1,012	616	554	591
Seattle	177	299	260	195	479	266	353	540
Washington, DC	20	33	24	11	—	16	33	62
National panel	5,628	12,245	10,906	6,499	11,454	7,810	7,010	8,731

— Estimate does not meet standard of precision.

Note: These estimates are based on a representative sample of non-Federal short-stay hospitals with 24-hour emergency departments in the coterminous United States.

Source: Office of Applied Studies, *Drug Abuse Warning Network, 2000* (March 2001 update).

Table 73. Alcohol and Other Drug Use Among Students¹ in Select European Countries and the United States, 1995 and 1999

Country	Cigarette use in past 30 days		Alcohol use in past 30 days		Lifetime any illicit drug use		Lifetime marijuana use		Marijuana use in past 30 days		Lifetime inhalant use	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgaria	—	50	—	5	—	14	—	12	—	—	—	3
Croatia	32	38	6	6	8	17	9	16	3	6	13	13
Cyprus	23	16	12	8	6	3	5	2	2	1	—	—
Czech Republic	36	44	9	14	23	35	22	35	7	16	8	7
Denmark	28	38	15	18	18	25	17	24	6	8	6	7
Estonia	28	32	2	4	8	16	7	13	—	—	8	7
Faroe Islands	42	41	4	4	12	8	11	7	2	1	8	5
Finland	37	43	1	1	5	10	5	10	1	2	4	5
France	—	44	—	8	—	35	—	35	—	22	—	11
FYROM ²	—	37	—	3	—	10	—	8	—	3	—	4
Greece	—	35	—	13	—	10	—	9	—	4	—	14
Greenland	—	67	—	3	—	21	—	23	—	10	—	19
Hungary	34	36	4	5	5	12	4	11	1	4	6	4
Iceland	32	28	1	1	10	16	10	15	4	4	8	11
Ireland	41	37	12	16	37	32	37	32	19	15	—	22
Italy	36	40	13	7	21	26	19	25	13	14	8	6
Latvia	—	40	—	2	—	22	—	17	—	—	—	6
Lithuania	25	40	2	8	3	15	1	12	0	4	16	10
Malta	31	32	16	20	2	8	8	7	2	3	17	16
Norway	36	40	1	3	6	13	6	11	3	4	7	16
Poland	28	33	4	8	9	18	8	14	3	7	9	9
Portugal	24	31	5	6	8	11	7	8	4	5	—	3
Romania	—	24	—	4	—	11	—	1	—	1	—	1
Russia (Moscow)	—	45	—	8	—	24	—	22	—	5	—	9
Slovak Republic	27	37	—	7	10	20	9	19	3	6	6	7
Slovenia	19	29	5	8	13	26	13	25	5	13	12	4
Sweden	30	30	1	2	6	9	6	8	1	2	12	8
Ukraine	38	40	3	5	14	21	14	20	5	5	5	8
United Kingdom	36	34	13	16	42	36	41	35	24	16	20	15
United States	—	26	—	5	—	—	—	41	—	19	—	17

— Data not available.

¹Students surveyed were in the 15–16 year age range, approximately equivalent to 10th graders in the United States.²Former Yugoslav Republic of Macedonia.Source: *The 1999 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, Pompidou Group (2000).

Table 74. Percentage of High School Students Who Used Selected Drugs by State, Youth Risk Behavior Survey, 1999 State Surveys

State	Current use ¹				Episodic heavy drinking ²	Lifetime ³	
	Marijuana	Cocaine	Inhalant	Cigarette		Illegal steroid use	Injecting illegal drug use
Weighted data⁴							
Alabama	22.2	3.2	4.4	36.6	29.0	5.3	3.0
Alaska	30.7	4.1	4.3	33.9	34.4	5.0	3.5
Arkansas	24.4	4.6	4.8	39.6	33.4	5.0	3.8
Delaware	29.0	2.7	4.0	32.2	27.1	3.2	2.3
Hawaii	24.7	3.3	3.9	27.9	26.8	2.5	1.6
Massachusetts	30.6	4.3	4.1	30.3	32.6	4.6	2.7
Michigan	25.9	3.4	4.2	34.1	29.9	4.0	2.3
Mississippi	18.9	2.1	4.5	31.5	25.4	4.4	1.8
Missouri	25.6	2.7	3.0	32.8	32.0	3.5	2.0
Montana	25.5	4.0	4.4	35.0	43.6	4.1	2.4
Nevada	25.9	4.9	5.1	32.6	35.6	4.0	3.0
New York	23.4	3.0	3.7	31.8	28.8	3.7	2.0
North Dakota	18.8	—	3.7	40.6	46.2	2.5	2.4
Ohio	26.1	3.4	4.3	40.3	37.4	4.2	2.3
South Carolina	24.5	3.5	4.1	36.0	25.4	4.6	2.8
South Dakota	20.7	3.3	—	43.6	46.1	3.2	2.5
Tennessee	26.6	3.8	5.0	37.5	28.5	5.6	2.2
Utah	10.6	1.5	3.6	11.9	15.8	4.3	2.3
Vermont	33.7	5.4	5.3	33.4	32.4	5.3	—
West Virginia	29.3	4.4	6.7	42.2	35.5	5.3	3.2
Wisconsin	21.5	4.4	3.8	38.1	34.4	3.4	2.3
Wyoming	21.4	3.7	4.2	35.2	39.5	4.9	2.8
Unweighted data							
Connecticut	27.8	3.6	3.7	31.2	27.5	4.1	2.4
Florida	23.1	5.4	4.4	27.4	27.9	4.9	3.7
Illinois	21.5	2.6	4.7	34.0	33.1	2.7	1.5
Iowa	18.5	3.0	3.2	35.8	39.6	3.3	1.7
Kentucky	23.6	4.1	5.7	41.5	36.8	5.1	3.0
Louisiana	20.2	3.2	3.7	33.3	29.4	5.6	3.0
Maine	30.9	3.8	5.6	31.2	35.1	6.1	3.3
Nebraska	15.6	2.3	3.5	37.3	40.8	2.6	1.8
New Hampshire	30.3	3.4	5.2	34.1	33.2	4.3	2.5
New Jersey	22.7	2.4	4.3	33.8	30.2	2.1	1.5
New Mexico	31.2	8.5	6.5	36.2	38.1	5.9	4.5

— Data not available.

¹Use at least once on at least one of the 30 days preceding the survey.

²Drank five or more drinks of alcohol on one or more occasions on at least one of the 30 days preceding the survey.

³Ever used.

⁴Weighted data are representative of the state or jurisdiction.

Source: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Youth Risk Behavior Surveillance—United States (1999), Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

Table 75. Percentage of High School Students Who Used Selected Drugs in Selected Cities, Youth Risk Behavior Survey, 1999 Local Surveys

Local Area	Current Use ¹				Episodic heavy drinking ²	Lifetime ³	
	Marijuana	Cocaine	Inhalant	Cigarette		Illegal steroid use	Injecting illegal drug use
Weighted data⁴							
Boston	20.5	2.1	2.0	17.8	17.4	2.5	0.6
Chicago	27.3	2.7	3.4	29.0	19.3	3.4	2.5
Dallas	23.2	4.1	3.6	25.0	21.1	3.2	1.1
Detroit	20.7	2.0	3.3	17.7	12.6	4.1	2.5
District of Columbia	25.7	1.3	2.1	19.9	14.9	1.4	1.1
Ft. Lauderdale	20.9	2.6	3.2	21.9	20.1	2.9	1.8
Houston	19.0	3.7	2.1	25.4	20.5	3.2	1.4
Miami	19.3	5.2	4.0	20.9	19.5	4.2	2.7
New Orleans	21.0	2.4	3.6	17.0	15.2	4.4	3.1
New York City	17.3	1.7	3.1	24.1	16.6	2.7	0.8
Palm Beach	26.3	5.5	5.4	26.1	31.7	5.8	4.1
Philadelphia	21.4	2.1	2.2	23.0	17.0	3.8	1.6
San Diego	22.2	3.2	4.1	23.1	22.3	3.4	1.5
Seattle	26.2	—	2.6	25.9	21.5	—	1.4
Unweighted data							
San Bernadino	19.4	2.7	3.4	19.9	29.1	4.7	1.8
San Francisco	15.2	1.6	3.1	18.7	11.4	2.2	0.9

— Data not available.

¹Use at least once on at least 1 of the 30 days preceding the survey.²Drank 5 or more drinks of alcohol on 1 or more occasions on at least 1 of the 30 days preceding the survey.³Ever used.⁴Weighted data are representative of the state or jurisdiction.Source: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Youth Risk Behavior Surveillance—United States (1999), Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

Lista de siglas

ADAM	Arrestee Drug Abuse Monitoring system (formerly DUF)
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
BJS	Bureau of Justice Statistics
CAI	computer-assisted interview
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPS	Current Population Survey
CSAP	Center for Substance Abuse Prevention (under SAMHSA)
CSAT	Center for Substance Abuse Treatment (under SAMHSA)
DAWN	Drug Abuse Warning Network
DEA	Drug Enforcement Administration
DHHS	Department of Health and Human Services
DUF	Drug Use Forecasting program
ED	emergency department
EPIC	El Paso Intelligence Center
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FBI	Federal Bureau of Investigation
FDSS	Federal-Wide Drug Seizure System
HIV	human immunodeficiency virus
ICD-9	International Classification of Diseases, Version 9
ICD-10	International Classification of Diseases, Version 10
INCSR	International Narcotics Control Strategy Report
MDMA	3, 4-methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy)
ME	medical examiner

MTF	Monitoring the Future study
NCHS	National Center for Health Statistics (under CDC)
NDATUS	National Drug and Alcoholism Treatment Unit Survey
NDCS	National Drug Control Strategy
NHSDA	National Household Survey on Drug Abuse
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NIJ	National Institute of Justice
NTOMS	National Treatment Outcome Monitoring System
OAS	Office of Applied Studies
ONDCP	Office of National Drug Control Policy
PAPI	paper-and-pencil interview
PME	Performance Measures of Effectiveness
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SIFCF	Survey of Inmates in Federal Correctional Facilities
SISCF	Survey of Inmates in State Correctional Facilities
STAR	Sequential Transition and Reduction Model
STRIDE	System To Retrieve Information on Drug Evidence
STD	sexually transmitted disease
TB	tuberculosis
THC	delta-9-tetrahydrocannabinol (the principal psychoactive ingredient of marijuana)
UCR	Uniform Crime Reports
UFDS	Uniform Facility Data Set
YRBS	Youth Risk Behavior Survey

