

*Este informe recoge la opinión de un grupo internacional de expertos  
y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud*

**OMS, Serie de Informes Técnicos**

**836**

---

# **COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA**

---

28° informe



---

**Organización Mundial de la Salud**

**Ginebra 1993**

Traducido por la Organización Panamericana de la Salud

Versión en español revisada y aprobada por la Unidad Técnica: Programa de Promoción y Comunicación Social en Salud - División de Promoción y Protección de la Salud (HPP/HPS)

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia

Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia : 28° informe.

(OMS, Serie de informes técnicos ; 836)

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. Dependencia a sustancias       | 2. Abuso de sustancias |
| 3. Control de drogas y narcóticos | I. Serie               |

ISBN 92 4 320836 5  
ISSN 0509-2507

(Clasificación NLM: WM 270)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

### **© Organización Mundial de la Salud 1993**

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

# Índice

1.	Introducción	1
2.	Conceptos y definiciones	1
2.1	Cambios introducidos en la terminología y mandato del Comité	1
2.2	Uso de términos	4
2.2.1	Dependencia	4
2.2.2	Síndrome de abstinencia de droga	5
2.2.3	Tolerancia	6
2.2.4	Uso nocivo y abuso	6
2.2.5	Drogas causantes de dependencia	6
3.	Cambios experimentados en el mundo en los dos últimos decenios	7
3.1	Actividades de la OMS en materia de farmacodependencia	7
3.2	Modalidades de consumo y respuestas a los problemas relacionados con las drogas	8
3.2.1	Consumo de drogas psicoactivas	8
3.2.2	Tentativas de represión de la droga	9
3.2.3	Infección por SIDA/VIH	10
3.2.4	El «enfoque mixto»	10
3.3	Factores que influyen en el uso de las drogas y problemas relacionados con las drogas	11
3.3.1	El transporte, la migración y las comunicaciones	11
3.3.2	El mercado libre, el libre comercio y las consecuencias para la salud pública	12
3.3.3	Algunos buenos resultados de la regulación	13
3.3.4	El aumento de la participación comunitaria	14
4.	Problemas relacionados con las drogas y modalidades de consumo	14
4.1	Tipos de problemas relacionados con las drogas	14
4.2	Indicadores de los problemas relacionados con las drogas	17
5.	Medidas de prevención	18
5.1	Regulación sanitaria	19
5.1.1	Formas de regulación con fines sanitarios	19
5.1.2	Regulación del uso tradicional de drogas psicoactivas que ocurren en la naturaleza	20
5.1.3	La regulación y el uso racional de drogas psicoactivas medicinales	21
5.2	Medidas educativas de prevención	22
5.3	Medidas centradas en la comunidad	22
5.4	Medidas dirigidas al medio	23
5.5	Medidas disuasivas	24
5.6	La opinión pública	24
6.	Respuestas terapéuticas al uso nocivo de sustancias psicoactivas	25
6.1	La importancia del tratamiento	25
6.2	La necesidad de una respuesta terapéutica múltiple e integrada	26
6.2.1	La necesidad de respuestas diversas	26
6.2.2	Atención primaria de salud	26
6.2.3	Servicios médicos y psiquiátricos generales	27
6.2.4	Servicios especializados	27
6.2.5	El tratamiento dentro del sistema penal	27
6.2.6	Servicios de tratamiento en el contexto de la comunidad	27

6.3	Planificación de los servicios de salud	28
6.3.1	La necesidad de planificación	28
6.3.2	La planificación en relación con los problemas planteados por los diferentes tipos de drogas	28
6.3.3	Capacitación profesional	28
6.3.4	Necesidades de planificación relacionadas con la aparición del VIH	29
6.3.5	Servicios de planificación en los países en desarrollo	29
6.4	¿Qué puede esperarse del tratamiento?	29
6.4.1	Elementos esenciales del proceso de tratamiento	29
6.4.2	La necesidad de considerar el tratamiento como un largo proceso	30
6.4.3	Minimización del daño	30
6.4.4	La instalación de servicios de tratamiento	30
7.	Investigación y evaluación	31
8.	La necesidad de contar con una política nacional integrada sobre drogas psicoactivas	32
9.	Recomendaciones	33
9.1	Integración de enfoques	33
9.2	Definiciones y uso de términos	34
9.3	Promoción de la salud y prevención del uso de drogas y de los problemas relacionados con las drogas	34
9.4	Servicios de tratamiento	34
9.5	Capacitación	35
9.6	Fiscalización reguladora	36
9.7	Investigación	37
9.8	Políticas y programas nacionales	37
9.9	Los derechos humanos y cuestiones éticas	38
10.	Examen preliminar de las sustancias psicoactivas	38
10.1	Procedimiento para el examen	39
10.2	Examen preliminar de cada sustancia	39
10.2.1	Aminorex (DCI)	39
10.2.2	Brotizolam (DCI)	40
10.2.3	Hojas de coca	40
10.2.4	Etriptamina (DCI), o $\alpha$ -etilriptamina	41
10.2.5	Flunitrazepam (DCI)	41
10.2.6	Mesocarb (DCI)	41
10.2.7	Metcatinona (DCI)	42
10.2.8	Tramadol (DCI)	42
10.2.9	Triazolam (DCI)	43
10.2.10	Zipeprol (DCI)	43
	Nota de agradecimiento	43
	Referencias	44

# Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia

Ginebra, 28 de septiembre - 2 de octubre de 1992

## Miembros

- Dr. S. Casswell, Director, Sección de Investigaciones sobre Alcoholismo y Salud Pública, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad de Auckland, Auckland, Nueva Zelandia (*Vicepresidente*)
- Dr. G. Edwards, Profesor de Toxicomanía, Sección de Investigaciones sobre la Adicción, Instituto de Psiquiatría, Centro Nacional de Adicción, Londres, Inglaterra
- Dr. P. O. Emafo, Presidente, Sociedad Farmacéutica de Nigeria, Ikoyi, Lagos, Nigeria (*Presidente*)
- Profesor A. H. Ghodse, Director, Servicios de Toxicomanía y Sección de Investigaciones, Escuela de Medicina, St George's Hospital, Londres, Inglaterra
- Dr. T. Jean-François, Director General de Salud, Ministerio de Salud y Acción Humanitaria, París, Francia
- Dr. E. Medina-Mora, Jefe, División de Ciencias Epidemiológicas y Sociales, Instituto de Psiquiatría, México, D. F., México
- Dr. K. Poikolainen, Investigador Principal, Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, Finlandia
- Dr. R. Room, Vicepresidente, Investigación y Desarrollo, Fundación para la Investigación de la Adicción, Toronto, Ontario, Canadá (*Relator*)
- Dr. D. Samarasinghe, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Colombo, Colombo, Sri Lanka
- Dr. C. Schuster, Investigador Principal, Centro de Investigaciones sobre la Adicción, Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas, Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América (*Relator*)
- Dr. T. Yanagita, Director, Division de Investigaciones Preclínicas, Instituto Central de Animales de Experimentación, Kawasaki, Japón

## Representantes de otras organizaciones\*

*Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías*

Sr. D. Turner, Director, Conferencia Permanente sobre el Abuso de las Drogas, Londres, Inglaterra

*Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL)*

Sr. I. Bain, Jefe, Subdivisión de Drogas, Secretaría General, INTERPOL, Lyon, Francia

*Federación Internacional de la Industria del Medicamento*

Sra. M. Cone, Vicepresidenta de Asuntos Científicos, IFPMA, Ginebra, Suiza

---

\* No pudieron asistir: Dr. S. Flache, Presidente, Federación Mundial de Salud Mental, Ginebra, Suiza; Sr. H. Shaepe, Secretario, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Centro Internacional de Viena, Viena, Austria; Dr. M. van Hulst, Director General, Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores, La Haya, Países Bajos.

*Organización Internacional del Trabajo (OIT)*

Sr. J. Dahl, Rehabilitación Vocacional, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza

J. P. Smith, Condiciones de los Establecimientos Laborales y Asistenciales, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza

*Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)*

Dr. Z. Zachariev, Director, Oficina de Enlace de UNESCO, Ginebra, Suiza

*Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (UNDCP)*

Profesor A. Elmi, Asesor Técnico Principal, División de Servicios Técnicos, UNDCP, Centro Internacional de Viena, Viena, Austria

Sra. C. Fazey, Jefa, Sección de Reducción de la Demanda, UNDCP, Centro Internacional de Viena, Viena, Austria

*Asociación Mundial de Psiquiatría*

Profesor J. Cooper, Nottingham, Inglaterra

## **Secretaría**

Sr. H. Emblad, Director, Programa sobre Uso Indebido de Sustancias, OMS, Ginebra, Suiza

Sr. M. Grant, Programa sobre Uso Indebido de Sustancias, OMS, Ginebra, Suiza  
(*Secretario*)

Sr. T. Yoshida, Programa sobre Uso Indebido de Sustancias, OMS, Ginebra, Suiza  
(*Secretario*)

## 1. **Introducción**

El Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia se reunió en Ginebra del 28 de septiembre al 2 de octubre de 1992. En nombre del Director General, abrió la reunión el Dr. Hu Ching-Li, Subdirector General, quien destacó la larga y estrecha colaboración mantenida entre el Comité y las Naciones Unidas en los esfuerzos internacionales de fiscalización de drogas causantes de dependencia. Desde que el Comité se reuniera por primera vez en 1949 para considerar las drogas causantes de hábito (1), se le ha encomendado la tarea de evaluar las distintas sustancias psicoactivas y de recomendar las medidas de fiscalización adecuadas. La OMS, con asesoramiento del Comité, siempre ha desempeñado una importante función dentro del sistema de fiscalización internacional de fármacos de las Naciones Unidas.

El Dr. Hu explicó que, durante el decenio de 1960, se cambió el título de «Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas» por el de «Comité de Expertos en Farmacodependencia». En su 13ª reunión (2), el Comité decidió abandonar los términos «drogadicción» y «habitamiento» por el de «farmacodependencia». En la 20ª reunión celebrada en 1973 (3), el Comité examinó una extensa variedad de temas referentes a los problemas relacionados con el uso no médico de sustancias psicoactivas.

Desde 1973 hasta ahora el panorama internacional en materia de drogas ha cambiado de manera impresionante. El uso de drogas ilícitas como la heroína y la cocaína ha aumentado diez veces y se han registrado aumentos en el uso nocivo de fármacos lícitos y de alcohol, especialmente en los países en desarrollo. El Dr. Hu le pidió al Comité que considere las diversas estrategias y enfoques encaminados a reducir el uso de esas sustancias y sus consecuencias perjudiciales en vista de los cambios registrados desde su 20ª reunión. Con respecto a la tarea tradicional del Comité de examinar las distintas sustancias, se le pidió que lleve a cabo un examen preliminar para identificar las sustancias que se han de evaluar en forma crítica en la próxima reunión que tendría lugar en 1994.

El Sr. H. Emblad, Director del Programa sobre Uso Indebido de Sustancias, se refirió al prestigio gozado por el Comité a lo largo de los años en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas y la responsabilidad que esto entraña. Explicó que el informe de la 20ª reunión había servido de base para preparar el programa de temas de la que se iba a llevar a cabo, lo que posibilitaría su continuidad y adaptación.

## 2. **Conceptos y definiciones**

### 2.1 **Cambios introducidos en la terminología y mandato del Comité**

Muchos de los conceptos y de la terminología utilizados en la época de la 20ª reunión siguen siendo válidos. Se han introducido, sin embargo, algunas leves modificaciones en la terminología, derivadas de los hallazgos de las investigaciones recientes y del intercambio internacional de información. La 20ª reunión concentró su atención en «las medidas adoptadas para lograr la

prevención total o reducir la gravedad de los problemas individuales y sociales relacionados con el uso de diversos tipos de drogas causantes de dependencia» (3), y éste fue el enfoque adoptado por el Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol (4). En la reunión a que se refiere el presente informe el Comité también adoptó este amplio marco de referencia, abordando una variedad de problemas relacionados con el uso nocivo de sustancias psicoactivas. En la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos. Décima revisión* (5) se define como «uso nocivo» el hábito de consumo de sustancias psicoactivas que causan daño a la salud... física o mental. El Comité estaba especialmente interesado en encontrar distintas maneras de reducir o eliminar el daño efectivo o potencial para la salud y el daño social resultante del uso de drogas psicoactivas. La expresión «problema relacionado con el uso de drogas» se ha empleado a veces para referirse a un tipo específico de daño.

Aunque desde la 20ª reunión la definición de «dependencia» ha sufrido algunas variaciones, la farmacodependencia sigue siendo el tema principal de interés del Comité. Por otra parte, al clarificarse el concepto en los últimos años, se ha hecho una distinción entre el problema específico de la dependencia y la amplia variedad de problemas o discapacidades relacionados con el uso de drogas, entre los cuales está comprendida la dependencia (6).

En su 20ª reunión, el Comité organizó las deliberaciones sobre la serie de estrategias destinadas a reducir los problemas relacionados con las drogas desde el punto de vista de la prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo con las definiciones dadas a continuación. En la presente reunión, el Comité también insistió en la necesidad de aplicar políticas integradas en todas estas estrategias, pero decidió considerarlas bajo los epígrafes de tratamiento y prevención.

- La *prevención primaria* tiene por objeto evitar la aparición de un trastorno, proceso o problema.
- La *prevención secundaria* tiene por objeto reconocer y poner término o remedio a un trastorno, proceso o problema lo antes posible.
- La *prevención terciaria* tiene por objeto detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus secuelas aun cuando persista la afección básica.

El Comité consideró los diferentes tipos de consumo de drogas y de problemas relacionados con las drogas en toda la población, e incluso toda la variedad de modalidades de consumo y los riesgos que entrañan para la salud. Actualmente está bien establecido el hecho de que el grado de consumo de alcohol de una población está en relación con las tasas de mortalidad por cirrosis hepática y varios otros problemas crónicos de salud. Estos hallazgos han llevado a una nueva conceptualización de los niveles de consumo de alcohol de la población como una continuidad sin una línea divisoria natural entre la bebida en exceso y en moderación y a sustentar la idea de que los problemas relacionados con el alcohol, inclusive la dependencia, están conectados con los hábitos de consumo de alcohol. Esta idea se considera ahora aplicable a todas las drogas psicoactivas y significa que, si se quieren reducir los riesgos de sufrir daño, las estrategias deberán destinarse no sólo a los que ex-

hiben los niveles más altos de consumo, sino también a los que hacen un uso menos excesivo.

En el último decenio, el concepto dominante en la 20ª reunión de «prevenir los problemas relacionados con el uso de drogas psicoactivas que causan dependencia» ha sido presentado por algunos sectores de los grupos de investigación, prevención y tratamiento como «minimización del daño» o «reducción del daño». Este planteamiento se ha contrastado a veces con el singular enfoque de reducir el uso de drogas *per se*. Son ejemplos de estrategias de reducción del daño la provisión de metadona y los programas de intercambio de agujas para los usuarios de heroína a fin de reducir el riesgo de infección por VIH, la provisión de parches de nicotina para los consumidores de tabaco y las tentativas de reducir la intoxicación alcohólica o sus posibles consecuencias modificando el medio en que la gente bebe.

En el enfoque de reducción del daño se examinan a fondo todas las estrategias de prevención y tratamiento en función de los efectos intencionales y no intencionales que éstas tienen en el grado de daño relacionado con la droga. A menudo se objeta que estas estrategias de reducción del daño pueden transmitir implícitamente el mensaje de que se acepta el uso de drogas. Así, por ejemplo, se ha manifestado inquietud acerca de los programas de los medios de difusión en los que se incita a grupos de bebedores a designar a un «conductor de turno» para manejar el vehículo, pues este mensaje podría dar la idea de que se acepta la embriaguez del resto del grupo, y también los que transmiten información acerca de los métodos de inhalación de disolventes para reducir el riesgo de consecuencias fatales y otros daños. Es posible que esas inquietudes se disipen si se dirige el mensaje a los individuos que ya están afectados por el uso peligroso de drogas. Al considerar esas estrategias, deberá tenerse presente que el sector de salud pública siempre ha estado a favor de prevenir o reducir el daño inmediato relacionado con las drogas incluso si esto entraña cierto riesgo más distante de peligro o pueda verse como aceptación del uso de drogas.

En el tiempo transcurrido desde la 20ª reunión también han adquirido prominencia los hábitos de consumo reiterado y de dependencia de drogas no psicoactivas. Los medios de difusión han dirigido su atención al uso de esteroides y de otras sustancias que ayudan a mejorar el desempeño en competiciones deportivas, pero el uso de esas drogas también se ha extendido entre los aficionados a desarrollar la musculatura. Los graves daños para la salud que podría causar el uso reiterado de esteroides ha llevado a que algunos países los sujeten a los mismos reglamentos sobre el uso de drogas psicoactivas. Los años venideros quizá sean testigos del desarrollo y uso de nuevos fármacos medicinales para mejorar otros aspectos del rendimiento individual, como la capacidad intelectual. Estas novedades indican la necesidad de considerar en el futuro la conveniencia de extender el mandato del Comité más allá de la esfera de las drogas psicoactivas para incluir el uso habitual con fines no médicos de otras drogas, independientemente del motivo del uso. El Comité observó que la dependencia de drogas psicoactivas también puede surgir cuando el uso no es para fines de placer subjetivo o para mitigar la sensación de angustia, como ocurre con el uso de anfetaminas entre los camione-

ros que recorren largas distancias y otros individuos que desean mantenerse despiertos. El uso habitual con fines no médicos de esteroides y otras drogas no psicoactivas se trata en la CIE-10 bajo la categoría F55, «Abuso de sustancias que no causan dependencia» (5).

## 2.2 **Uso de términos**

Hasta el decenio de 1960, el Comité empleó los términos abuso de drogas, habituamiento y adicción a las drogas para describir los diversos estados relacionados con el uso de drogas. En efecto, el término abuso de drogas figura en la legislación de numerosos países y en las convenciones internacionales. Pero en la presente reunión, el Comité decidió emplear el término «uso nocivo» en lugar de «abuso» (véase la sección 2.2.4). Hasta los años sesenta el término adicción se refería en general a la presencia de dependencia psíquica y física, mientras que el término habituamiento se utilizaba para describir la presencia de dependencia psíquica de una droga. Durante el decenio de 1960 el Comité intentó varias veces aclarar la diferencia entre estos dos conceptos; finalmente, en su 13ª reunión, el Comité los reemplazó por la expresión «drogas que causan dependencia» (2).

### 2.2.1 **Dependencia**

En su 16ª reunión, el Comité definió a la dependencia de las drogas como «estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un deseo imperioso a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos» (7). Esta definición ha sido ampliamente aceptada y fue reafirmada en la 20ª reunión.

Basándose en los aspectos clínicos de la farmacodependencia, la OMS ha formulado pautas para el diagnóstico de los diversos trastornos mentales y de la conducta producidos por el uso de sustancias psicoactivas. En *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (8) se presenta una descripción clínica del síndrome de dependencia y las pautas para diagnosticar este trastorno.

El Comité comparó la definición de farmacodependencia precitada con la descripción clínica del síndrome de dependencia ofrecida en las pautas para el diagnóstico de la CIE-10 (8), y concluyó que no había discordancias apreciables entre ambas, puesto que:

- ambas definen como componente esencial de la dependencia un fuerte deseo o sentido compulsivo de tomar la droga que se pone de manifiesto por el comportamiento de búsqueda difícil de controlar; y
- ambas consideran que los síndromes de abstinencia (o dependencia física) y la tolerancia son meramente consecuencias de la exposición a la

droga, que no bastan por sí solos para formular un diagnóstico positivo de farmacodependencia.

El Comité también observó que en situaciones clínicas es difícil distinguir entre la dependencia física y la dependencia psíquica descritas en el informe de la 20ª reunión (3). El Comité consideró, además, que esta distinción no es compatible con la opinión actual de que todos los efectos de los fármacos en el individuo pueden potencialmente comprenderse desde el punto de vista biológico. El Comité también hizo notar que el término dependencia física ha llevado a confusión, pues los clínicos suelen interpretar la manifestación de los síndromes de abstinencia de droga como prueba tanto de la dependencia física como de la farmacodependencia definidas en la 16ª reunión (7).

Por estas razones, el Comité consideró que habrá menos confusión si se siguen las pautas para el diagnóstico de la CIE-10 (8), en las cuales no se hace distinción entre la dependencia física y la dependencia psíquica. Estimó, además, que la siguiente definición de farmacodependencia, que es compatible con la empleada en el informe de la 16ª reunión (7), se comprendería mejor para los fines del presente informe:

Un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de la conducta y cognoscitivos de variable intensidad en los que el uso de una droga o drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y operan generalmente en forma recíproca.

Cabe destacar que la dependencia y el uso nocivo (véase la sección 2.2.4) suelen interferir con el funcionamiento del individuo en la sociedad, pero el tipo y el alcance de estas interferencias dependen del contexto social, cultural y religioso.

### 2.2.2 ***Síndrome de abstinencia de droga***

El Comité reconoció la importancia que reviste en farmacología el término dependencia física, pero consideró que su inclusión en este informe podría llevar a confusión entre éste y el término general farmacodependencia. Decidió, por tanto, emplear el término «síndrome de abstinencia», descrito a continuación en función de las consecuencias pertinentes:

Después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de avidez o apetencia de la droga, por la necesidad de evitar o de aliviar las molestias ocasionadas por la privación o producir alteraciones fisiológicas lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico.

El Comité también adoptó las siguientes definiciones y usos para los fines del informe.

### 2.2.3 **Tolerancia**

Tolerancia es la reducción de la sensibilidad a un fármaco después de su administración reiterada, con necesidad de dosis mayores para producir la misma magnitud del efecto producido anteriormente por una dosis más pequeña. Este incremento de la dosis tal vez se necesite por las alteraciones del metabolismo del fármaco o por la adaptación celular, fisiológica o del comportamiento a los efectos del fármaco.

### 2.2.4 **Uso nocivo y abuso**

En su 16ª reunión, el Comité definió el término abuso de fármacos como el «uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con la práctica médica habitual» (7). El Comité consideró que este término es ambiguo y deberá reemplazarse por el de «uso nocivo» en este informe, excepto en la sección 10, donde se examinan los fármacos psicoactivos en el contexto de la fiscalización internacional. Como las convenciones en las que se basa la fiscalización internacional de fármacos psicoactivos causantes de dependencia emplean el término «abuso», se consideró lógico mantener allí el mismo término.

Se entiende por uso nocivo la modalidad de consumo de fármacos psicoactivos que causa daño a la salud mental o física. El Comité observó que el uso nocivo de drogas por un individuo suele tener efectos adversos en la familia del usuario, en la comunidad y en la sociedad en general.

### 2.2.5 **Drogas causantes de dependencia**

Una droga causante de dependencia es la que tiene capacidad para producir dependencia, según se define en la sección 2.2.1. Las características específicas de la dependencia variarán con el tipo de fármaco administrado. La existencia de un estado de dependencia no es necesariamente nociva en sí misma, pero puede llevar a la autoadministración de la droga en dosificaciones que producen alteraciones físicas o del comportamiento perjudiciales y constituyen problemas de salud pública y sociales. La CIE-10 reconoce las siguientes drogas, o clases de drogas, psicoactivas, cuya autoadministración puede producir trastornos mentales o del comportamiento, incluida la dependencia (5):

- alcohol
- opiáceos
- cannabinoides
- sedantes e hipnóticos
- cocaína
- otros estimulantes, incluida la cafeína
- alucinógenos
- tabaco
- disolventes volátiles
- otras sustancias psicoactivas y combinaciones de diferentes clases de drogas.

Cabe notar que, si bien en la 20ª reunión se reconocieron las propiedades cau-

santes de dependencia del tabaco y los problemas de salud pública planteados por su uso, en el informe no se los examinó especialmente por considerarse que sus efectos sobre la conducta son mínimos. En la presente reunión, el Comité estimó que los datos obtenidos sobre las propiedades causantes de dependencia de la nicotina y las graves consecuencias para la salud que acarrea el uso del tabaco y otras formas de nicotina justifican su inclusión en este informe. Recomendó, además, que la OMS considere ampliar el mandato del Comité para incluir sustancias como los esteroides, que no se utilizan por sus propiedades psicoactivas, sino por sus efectos de acrecentamiento del rendimiento físico. Esta forma de uso se describe en la CIE-10 bajo la categoría F55, «Abuso de sustancias que no causan dependencia» (5). La obtención de otros fármacos que acrecientan el rendimiento físico puede dar lugar en el futuro a un nuevo tipo de problema relacionado con el uso de drogas.

El Comité acogió con beneplácito la publicación de *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (8) para ser utilizado por los clínicos en la formulación de diagnósticos. La obra se ocupa de una amplia variedad de trastornos causados por el uso de drogas psicoactivas, incluido el tabaco, y presenta pautas para el diagnóstico de dependencia, uso nocivo, síndromes de abstinencia, intoxicación aguda y otros estados clínicos. El Comité también aprobó el uso en investigaciones clínicas de *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación* (9), cuya publicación se anuncia para fines de 1993.

### 3. **Cambios experimentados en el mundo en los dos últimos decenios**

#### 3.1 **Actividades de la OMS en materia de farmacodependencia**

El objetivo principal del Octavo Programa General de Trabajo de la OMS para el periodo 1990-1995 es «promover, coordinar y apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, individual y colectivamente, en la ejecución de la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000» (10). La reducción de los problemas sanitarios y sociales causados por el uso de drogas psicoactivas es parte esencial de ese objetivo. El Programa sobre Uso Indebido de Sustancias de la OMS está dirigido a brindar orientación sobre los aspectos sanitarios del uso nocivo de drogas y alcohol y a concentrar la atención en la necesidad de un nuevo enfoque de los problemas del uso de drogas en general.

Dentro de la respuesta general al uso nocivo de drogas psicoactivas, el sector de la salud es especialmente importante, puesto que puede desempeñar un papel clave en la movilización, apoyo y sostén de medidas encaminadas a reducir la demanda en el ámbito internacional, nacional y comunitario. A través de sus centros colaboradores, oficinas regionales y representantes en los países, la OMS se halla en condiciones excepcionales para aunar la experiencia de los sectores médicos, sanitarios, científicos y sociales en un esfuerzo mundial para abordar las causas y las consecuencias del uso nocivo de drogas psicoactivas.

El mandato de la OMS para trabajar en el área del uso nocivo de drogas se deriva de la definición general de «salud» contenida en su Constitución y se ha reforzado explícitamente en el caso de las drogas a las que se aplican las disposiciones de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el protocolo de 1972, o del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Estas convenciones asignan responsabilidades específicas al Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia respecto a los cambios en los procedimientos de fiscalización y los cronogramas para su introducción. El Comité estudia las características médicas y científicas de los fármacos a fin de evaluar su utilidad terapéutica y posibilidad de dependencia y evalúa entonces los problemas de salud pública y sociales relacionados con su uso nocivo. Para realizar estas evaluaciones, la OMS cuenta con la colaboración de los Estados Miembros.

En parte debido al gran número de fármacos que requieren evaluación en el contexto del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, el Comité se ha limitado últimamente a valorar la utilidad terapéutica y la posibilidad de dependencia (11-17). En la presente reunión, sin embargo, el Comité adoptó el programa de temas más amplio de su 20ª reunión (3).

El propósito de la 20ª reunión del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia no era sólo hacer recomendaciones sobre la reglamentación de ciertos fármacos psicoactivos, sino también considerar la prevención de problemas relacionados con el consumo de drogas y evaluar los principios sanitarios actuales y los posibles principios futuros para abordar la farmacodependencia.

En la presente reunión, el Comité consideró en primer lugar algunas de las tendencias en el uso de fármacos psicoactivos y problemas conexos en los últimos 20 años y los cambios detrás de esas tendencias que afectan la capacidad de los gobiernos para influir en ellas. El Comité trató acerca de los fármacos psicoactivos lícitos e ilícitos, incluidos el tabaco y el alcohol. A los efectos del presente informe, la palabra droga (de no especificarse lo contrario) se emplea para referirse a todas las sustancias psicoactivas, o sea, «toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar sus percepciones, humor, comportamiento cognoscitivo o funciones motoras». En esta definición están incluidos el alcohol, el tabaco y los disolventes. Quedan excluidos los fármacos medicinales no psicoactivos.

### 3.2 **Modalidades de consumo y respuestas a los problemas relacionados con las drogas**

#### 3.2.1 **Consumo de drogas psicoactivas**

Desde la época de la 20ª reunión se ha registrado en todo el mundo un aumento considerable de la producción y el consumo de drogas psicoactivas. En el caso de ciertas drogas, como la cocaína, el aumento ha sido notable. En muchos países, en cambio, se ha experimentado una considerable disminución del consumo de algunas clases de drogas, como los barbitúricos.

Además de la variación entre las clases de drogas, existe considerable varia-

ción del consumo entre los países y las regiones. Aunque en muchos países desarrollados el hábito de fumar ha declinado, en muchos países en desarrollo ha estado aumentando junto con los mayores ingresos y con la comercialización y promoción crecientes. Algo parecido ocurre con el consumo de alcohol, que ha comenzado a disminuir en algunos países desarrollados mientras está aumentando notablemente en muchos países en desarrollo. En cuanto a los fármacos medicinales, ha aumentado el número de drogas psicoactivas que pueden obtenerse en el mercado. Entre los nuevos fármacos medicinales hay numerosos opioides sintéticos y nuevas benzodiazepinas y otros ansiolíticos. El número de dosis prescritas aumentó durante los años setenta debido sobre todo a la mayor prescripción de benzodiazepina, para luego disminuir en muchos países desarrollados.

Con respecto a las drogas ilícitas, el cuadro general es de un enorme aumento del abastecimiento mundial, lo cual ha afectado a los países en desarrollo y desarrollados por igual. El ejemplo más notable de esta situación ha sido el aumento del tráfico ilícito de cocaína en el continente americano y ahora también en otros lugares. Los cambios sobrevenidos en las vías preferidas de administración de cocaína y opioides también han tenido consecuencias para la salud pública. Otro de los cambios ha sido la mayor venta en algunos países de fármacos medicinales psicoactivos de fabricación ilícita, así como las nuevas «drogas de diseño» con propiedades análogas a las de drogas ya existentes. En general, el desplazamiento de los mercados de drogas lícitas e ilícitas significa que muchos países que inicialmente sólo producían drogas ilícitas ahora también las consumen, y los que inicialmente eran sólo consumidores de fármacos medicinales psicoactivos son ahora también productores.

En los países industrializados, que constituían los mercados principales de drogas ilícitas algunos decenios atrás, se han introducido gradualmente medidas más perfeccionadas de fiscalización. Esto ha llevado a que los traficantes instalen laboratorios para la producción de cocaína y heroína en los países en desarrollo que proporcionan la materia prima. La disponibilidad de drogas de alto grado de refinamiento y pureza ha ampliado la distribución y venta de estas drogas en esos países y en países vecinos.

Los cambios experimentados por la condición de la mujer y su papel tradicional en la sociedad han influido en las normas y el comportamiento de muchas mujeres en relación con las drogas. En algunas regiones del mundo, la integración de la mujer en la economía como trabajadora fuera del hogar ha dado lugar a un aumento del uso nocivo de drogas. Los conflictos entre los distintos papeles, las mayores expectativas y las crecientes tensiones sociales y económicas también han influido en los actuales hábitos de consumo.

### 3.2.2 *Tentativas de represión de la droga*

En numerosos países, tanto industrializados como en vías de desarrollo, se ha registrado una fuerte reacción en contra del crecimiento del mercado ilícito de drogas. En los años ochenta, la declaración de campañas nacionales en contra de las drogas sometidas a fiscalización fue un movimiento político muy en boga que dio lugar a que se destinaran mayores recursos a la repre-

sión de la droga y a veces al tratamiento de los usuarios. En muchos países la frustración generada por la aparente falta de éxito de esas campañas resultó en la aplicación de penas más severas por la venta o posesión de drogas, incluido el encarcelamiento.

En muchos países se ha tenido como resultado el hacinamiento en las cárceles. Los elevados costos del encarcelamiento, con inclusión de los originados por la necesidad de construir nuevas cárceles y dotarlas de personal, se han convertido ahora en un factor que influye en las políticas de fiscalización de drogas. La amenaza del encarcelamiento también tiende a perder su poder de disuasión entre los usuarios y traficantes. En algunos países las altas tasas de arrestos por cuestiones relacionadas con drogas han afectado la naturaleza y la calidad del tratamiento de la farmacodependencia, y los servicios de tratamiento están cada vez más subordinados al sistema de justicia penal y se consideran una alternativa de bajo costo en lugar del encarcelamiento. En otros países la calidad del tratamiento no parece haber resultado afectada, y se considera más importante que el encarcelamiento el beneficio que reporta a la salud pública el tratamiento de personas farmacodependientes.

### 3.2.3 *Infección por SIDA/VIH*

En el último decenio se ha visto la aparición y el ascenso de la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El uso de drogas psicoactivas ha facilitado la propagación de la infección por el VIH de varias maneras. La más directa es por transmisión del VIH a través del uso común de agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa. Es por ello que algunas autoridades de salud pública han recurrido al intercambio o a la provisión de agujas y jeringas en un esfuerzo por detener la propagación de la infección entre los usuarios de drogas.

Otra forma común de transmisión del VIH es por medio del contacto sexual, y muchos usuarios de drogas practican la prostitución para poder adquirir drogas psicoactivas. En numerosas culturas se considera que el alcohol y otras drogas psicoactivas son desinhibidores, y bajo su influencia muchos se entregan a actividades sexuales o de otro tipo, igualmente peligrosas, que de lo contrario tratarían de evitar. Algunas drogas psicoactivas también pueden acelerar la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) al deprimir las funciones inmunitarias.

### 3.2.4 *El «enfoque mixto»*

Los enfoques sanitarios aplicados a todas las drogas psicoactivas, con inclusión del alcohol y el tabaco, se consideran cada vez más dentro de un marco común. En muchos países los servicios de tratamiento se ubican ahora en una sola estructura administrativa, aunque los servicios pueden retener sus funciones específicas. Además, los pacientes que recurren a esos servicios a menudo requieren tratamiento para más de un problema relacionado con drogas.

En los últimos 20 años numerosos países han reconocido en forma creciente la gravedad de los problemas sanitarios y sociales relacionados con el consu-

mo de alcohol. Muchos de ellos han tomado medidas preventivas contra la conducción de vehículos en estado de embriaguez; en algunos, los conductores ebrios se envían ahora a la cárcel. También se reconoce cada vez más el nefasto efecto que tiene para la salud el prolongado consumo excesivo de bebidas en países con elevado consumo de alcohol per cápita. La reducción del daño causado por el consumo de alcohol es actualmente un objetivo de los programas de salud pública en muchos países, si bien las medidas adoptadas suelen ser limitadas.

Los estudios experimentales y clínicos han puesto de relieve la gravedad de la dependencia del tabaco entre los grandes fumadores. Aunque en la 20ª reunión se reconoció que el hábito de fumar constituye un importante problema de salud pública, el Comité no consideró entonces que se trataba de una forma seria de dependencia.

Con el desarrollo de instituciones y organismos internacionales y nacionales dedicados a la fiscalización de drogas bajo el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, en los últimos años se ha visto una coordinación más estrecha entre los mecanismos y los organismos encargados de la fiscalización de drogas ilícitas y lícitas.

Todos estos factores han indicado una convergencia de los problemas y la formulación de políticas acerca de las sustancias psicoactivas. En Australia, por ejemplo, una ofensiva nacional contra las drogas, que al principio se concentró únicamente en las drogas ilícitas, tiene ahora como blanco principal el alcohol y el tabaco por representar éstos una carga más grande para la salud de la población australiana.

### **3.3 Factores que influyen en el uso de las drogas y problemas relacionados con las drogas**

#### **3.3.1 *El transporte, la migración y las comunicaciones***

En los últimos 20 años se ha extendido el uso de vehículos y han proliferado las redes de transporte, lo que ha facilitado el contrabando de mercancía ilícita. A través del turismo, distintos grupos de población han entrado en contacto con diferentes costumbres y tipos de comportamiento, lo cual ha permitido al público experimentar con drogas psicoactivas que quizá no tenían al alcance en su lugar de residencia. El alcohol y el tabaco son los productos principales de la creciente red de tiendas libres de impuestos, creando así otro vínculo entre los viajes y el uso de drogas psicoactivas y debilitando a menudo las políticas nacionales de fiscalización.

La fortalecida red de transporte también ha facilitado la migración. Los que se van al exterior para recibir capacitación profesional suelen quedarse, a veces, para siempre. En las sociedades prósperas, los «trabajadores invitados» han ocupado muchas de las plazas que no requieren mano de obra calificada y se han quedado para convertirse en residentes permanentes. En otras partes la migración de trabajadores estacionales de fuera o dentro de un país ha aumentado la oleada de habitantes desplazados. Impulsados por la guerra, la opresión o el hambre, aldeas enteras y a veces grupos enteros de población

también han migrado. La tradición de dar hospitalidad a los refugiados ha sufrido en forma creciente las tensiones creadas por los movimientos de grandes masas de población. Aunque la migración en sí no ha sido un mecanismo importante para el transporte de drogas, ha contribuido a aumentar el contacto entre culturas con muy diferentes normas y comprensión del uso de drogas psicoactivas.

El contacto intercultural más grande que se haya experimentado se debe al desarrollo de las comunicaciones de larga distancia, sobre todo a través de los medios electrónicos de difusión. Predominan los programas de televisión de unos pocos países prósperos que inspiran el deseo de modos de vida generalmente inalcanzables. El consumo de bebidas y de drogas suelen figurar de manera prominente en estas representaciones y, aun si el tono es de desaprobación, el mensaje dominante que suele recibir el espectador es de lo atrayentes que resultan esos modos de vida y de comportamiento.

Los cambios mencionados contribuyen a que la situación actual y futura respecto de las drogas sea más difícil de fiscalizar que en épocas pasadas, cuando casi todas las sociedades tenían sólo una o algunas drogas psicoactivas dominantes que causaban problemas. También se las había usado por largo tiempo, lo que había permitido que las sociedades desarrollaran normas informales sobre el uso aceptable y el no aceptable. Esas normas permiten controlar, al menos parcialmente, el uso nocivo; pero cuando faltan estos mecanismos moderadores del uso de sustancias psicoactivas que son nuevas en una cultura, las actividades de fiscalización de los gobiernos nacionales revisten más importancia que nunca.

### 3.3.2 *El mercado libre, el libre comercio y las consecuencias para la salud pública*

Muchos países desarrollados y en desarrollo han abandonado el modelo de socialismo estatal en el cual el Estado pretendía dirigir y controlar la entera economía en todos sus pormenores. La transición del socialismo estatal a otro sistema ha sido a menudo difícil y ha traído como consecuencia un mayor desempleo y otros problemas sociales, como el consumo de alcohol y de drogas ilícitas.

Al mismo tiempo, en muchos países predomina la idea de que casi todas las actividades deben estar a cargo de empresas privadas que llevan a cabo sus operaciones en el mercado libre. La privatización de las empresas estatales también ha servido de fuente transitoria de fondos para el Estado. En medio de estos cambios muchas veces se ha omitido considerar la salud pública. Los monopolios estatales han actuado generalmente bajo mayores restricciones que los empresarios privados, como, por ejemplo, en la promoción del consumo de alcohol, y, sin embargo, esos monopolios están en creciente peligro de ser privatizados. El concepto de la empresa individual también se ha extendido extraoficialmente a los mercados ilegales; entre los sectores económicamente marginados, la vida relativamente próspera que llevan los traficantes locales de drogas es el modelo al que aspiran muchos jóvenes.

La reducción de los gastos públicos y de los presupuestos del gobierno han li-

mitado los incrementos del seguro social y los derechos a prestaciones, y en muchos lugares se han suspendido los programas de prevención y tratamiento para usuarios de drogas y se exigen más requisitos para participar en ellos. Como resultado, algunos de los que ya no tienen la protección del sistema social han quedado sin hogar y muchos de ellos han desarrollado enfermedades mentales y farmacodependencia.

En algunas partes del mundo la mayor parte de la población sigue viviendo en la pobreza y hay mayor miseria. En algunos lugares especialmente afectados por el hambre y los conflictos armados han cesado prácticamente las funciones del gobierno y ha florecido la producción de drogas ilícitas. En otros, el poder económico del mercado de drogas ilícitas se ha convertido en una amenaza para la estabilidad y la capacidad de funcionamiento del gobierno.

El ideal del mercado libre se ha extendido ampliamente y trasciende los confines nacionales. Mediante el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) y a través de los mercados comunes regionales como la Comunidad Económica Europea se han reducido las barreras comerciales y se han abierto mercados protegidos. El GATT y otros acuerdos comerciales han permitido que la industria del alcohol y del tabaco consiga que los gobiernos impongan mercados abiertos a sus productos en otros países. Los países en desarrollo están especialmente expuestos a estas presiones, pues sus mercados son inestables, la población menos experimentada es blanco fácil de las poderosas campañas publicitarias y no hay muchas restricciones que impidan el incremento explosivo del uso de drogas. La garantía de que en los acuerdos comerciales se tenga en cuenta la salud pública es una cuestión prioritaria para la fiscalización de las drogas psicoactivas.

### 3.3.3 ***Algunos buenos resultados de la regulación***

La preocupación creciente acerca de la ecología, a menudo después de desastres ecológicos que inciden en la salud pública, ha llevado a una regulación gubernamental cada vez más activa de las empresas privadas con respecto al medio ambiente. Estas actividades han estado generalmente apoyadas por organizaciones no gubernamentales. La red de apoyo para la protección del medio ambiente suele ser más poderosa que la de apoyo a los esfuerzos en favor de la salud pública y podría muy bien servir de modelo para la fiscalización de las drogas psicoactivas.

Otro aspecto de la regulación gubernamental que ha resultado relativamente fructífera es el sistema de control de los fármacos medicinales psicoactivos. Mediante ese control, junto con la educación de los médicos y farmacéuticos, el uso de barbitúricos se ha reemplazado en gran parte por el uso de fármacos medicinales con menos posibilidad de causar daño, y se han reducido mucho las prescripciones de anfetaminas con fines anoréticos. En cuanto al control de los mercados para el alcohol y el tabaco, también se han obtenido algunos buenos resultados. El sistema de impuestos más altos han contribuido en muchos países a reducir el consumo de tabaco, y la aplicación de límites mínimos de edad ha restringido el suministro de alcohol y tabaco a los niños. La experiencia ha demostrado que la adopción y aplicación de reglamentos en-

caminados a limitar el daño producido por el alcohol y el tabaco depende decididamente del apoyo del público.

### 3.3.4 *El aumento de la participación comunitaria*

Una característica de los últimos años ha sido el aumento de la participación de la comunidad en el campo de la salud pública. Las actividades de grupos de base han desempeñado una función especialmente importante. Algunas asociaciones comunitarias se han ocupado primordialmente de inducir a los gobiernos a la acción, mientras otras se han dedicado a la autoayuda y la ayuda mutua. Alcohólicos Anónimos, una antigua asociación de ayuda mutua para los que dependen del alcohol, ha extendido sus actividades a muchas partes del mundo. Al-Anon, para los familiares de personas dependientes del alcohol, también se ha ampliado y ha servido de modelo a las asociaciones para familiares de personas dependientes de otras drogas. En muchos países se han formado otras asociaciones autóctonas de ayuda mutua, como Tabaquistas Anónimos y Narcóticos Anónimos, para los dependientes del tabaco y otras drogas.

En el campo de las drogas ilícitas, los profesionales también se han encaminado en la teoría y en la práctica hacia la participación de la comunidad, los familiares y los usuarios mismos para tratar de resolver los problemas relacionados con las drogas. En muchos países, las «comunidades terapéuticas» en las que suelen actuar el sector público y el privado son parte importante del sistema de tratamiento para la farmacodependencia.

## 4. **Problemas relacionados con las drogas y modalidades de consumo**

### 4.1 **Tipos de problemas relacionados con las drogas**

Si bien esta sección versa especialmente sobre los problemas relacionados con el uso de drogas, cabe destacar que, desde el punto de vista del usuario, el uso de drogas psicoactivas suele estar relacionado al principio con la sensación de placer o de euforia o por lo menos con el alivio del dolor y la angustia. La sensación de placer puede derivar tanto de las circunstancias relacionadas con el uso —la ocasión y el espíritu de camaradería— como del uso mismo de la droga. Pero, naturalmente, para los que han desarrollado dependencia o experimentan otros problemas relacionados con las drogas, la disforia puede a la larga ser superior a cualquier sensación de placer.

Si se incluye el consumo de cafeína, el uso de ciertas drogas psicoactivas ha sido aceptado en casi todas las culturas como parte de las costumbres sociales. Del mismo modo, el uso de ciertas drogas psicoactivas es legal en todos los países. Los gobiernos han reconocido y aprovechado muchas veces el atractivo que ejercen drogas psicoactivas lícitas, como el alcohol y el tabaco, imponiéndoles gravámenes que constituyen una considerable fuente de entradas.

Puede considerarse que, para el usuario, los principales problemas relacionados con las drogas tienen dos dimensiones. Una dimensión es la modalidad de consumo; el problema puede estar vinculado a un episodio único de uso de droga –por ejemplo, una sobredosis de heroína o un accidente al manejar en estado de ebriedad– o a una modalidad de uso continuo, como, por ejemplo, el cáncer de pulmón relacionado con el tabaco o la dependencia de barbitúricos. Es posible que contribuyan al problema tanto un episodio único de uso de droga como una modalidad de uso continuo; por ejemplo, al suicidio pueden contribuir un episodio de intoxicación aguda junto con una historia de depresión relacionada con el alcohol.

La segunda dimensión es el tipo de problema. Los mayores tipos de problemas son, entre otros, las consecuencias para la salud física, como la muerte por sobredosis excesiva, accidentes automovilísticos, cirrosis hepática y cáncer de esófago; consecuencias para la salud mental, como el «mal viaje» y la depresión, y consecuencias sociales como arrestos y dificultades familiares o laborales. Esos problemas pueden clasificarse en la categoría de agudos, como los problemas de salud física por accidentes automovilísticos, o en la categoría de crónicos, como la cirrosis hepática. Los problemas agudos tienden a estar relacionados con episodios de uso de droga y los crónicos con el uso continuado; por otra parte, un episodio de uso de droga puede resultar en daños permanentes (debido a una infección por el VIH, por ejemplo), y el uso continuo puede culminar en un episodio de urgencia médica.

Las distintas drogas tienden a estar relacionadas con determinados problemas. Algunos tipos de problema son raros o desconocidos en relación con ciertas drogas; por ejemplo, el hábito de fumar tabaco no está generalmente relacionado con accidentes, excepto en los casos de incendio, y no es común que el uso de opioides tenga efectos crónicos adversos para la salud. Pero en el repertorio de problemas relacionados con una droga influyen otros factores, como la forma y la modalidad de consumo. Las variaciones de la dosis tomada en una sola ocasión, por ejemplo, influirán mucho en la probabilidad de sobredosis o accidente, y el uso de una aguja en la administración aumentará el riesgo de infección por el VIH. Además, la modalidad de uso intermitente presenta menos probabilidades de estar relacionada con problemas crónicos de salud que la modalidad de uso continuo o frecuente.

La formas y modalidades de consumo varían mucho de una cultura a otra, y de un grupo a otro dentro de una misma cultura. De allí que el perfil de los problemas relacionados con la misma droga puedan variar notablemente. En el uso de cocaína, por ejemplo, los efectos observados en la gente que mastica hojas de coca en los Andes son diferentes de los observados en los que inhalan cocaína purificada en forma de base libre en Norteamérica. Los efectos para la salud del usuario están firmemente relacionados con las características de la droga misma y con la forma y modalidad de consumo. Aun así, también pueden influir factores sociales y ambientales. En lugares donde el uso del automóvil está muy generalizado y los caminos bien diseñados, el perfil de los accidentes de tráfico relacionados con la embriaguez del conductor diferirá del de lugares donde el tráfico es más intermitente y los caminos están transitados por vehículos y peatones a la vez.

Las consecuencias sociales del uso de drogas están determinadas en gran medida por factores sociales y ambientales, como el estado legal de la droga. La posibilidad de encarcelamiento u otras penas sólo se presenta cuando la compra o el uso de la droga se considera ilegal. El estado legal de la droga también influirá en la modalidad y forma de administración; si la droga es ilegal se tenderá a tomarla en formas más concentradas y las formas de administración serán más peligrosas para la salud. También puede recurrirse al derecho penal para influir en las modalidades de uso de una droga lícita, como ocurre con la legislación sobre el manejo de vehículos en estado de ebriedad y sobre la embriaguez en lugares públicos, y esto también influirá en el perfil de los problemas individuales relacionados con las drogas.

En un sentido más amplio, las consecuencias sociales del uso de drogas (y muchos otros problemas relacionados con éstas) se hallan determinadas no sólo por el comportamiento del usuario, sino también por la reacción de los que componen el medio social. La existencia y el alcance de los problemas sociales relacionados con una conducta determinada de uso de drogas dependerá de la medida en que toleran esa conducta los demás, ya sean familiares, colegas, amigos o extraños. En esta tolerancia o intolerancia influirán considerablemente las normas culturales y la percepción que tiene el público del uso de la droga y sus consecuencias.

Para los no usuarios también existe la posibilidad de problemas que deben tenerse en cuenta al construir un perfil de los problemas relacionados con las drogas. Los estudios indican que las personas expuestas al humo de tabaco (incluso los niños antes de nacer) corren un riesgo mayor de desarrollar una variedad de problemas de salud. El consumo excesivo de alcohol puede estar relacionado con la violencia, de modo que hay una carga de accidentes y delitos relacionados con el alcohol. La familia del usuario puede verse adversamente afectada por el tiempo y el dinero dedicados al uso de drogas. En un nivel social más amplio, el uso de drogas y los problemas derivados pueden afectar la productividad, aunque esto es difícil de medir realísticamente en circunstancias económicas donde no se alcanza a tener pleno empleo. El uso de drogas y los problemas conexos también incidirán en los costos de la atención de salud, los costos de la asistencia social y los costos relacionados con el sistema de justicia penal. Los resultados de los estudios para cuantificar lo que le cuesta a la sociedad el uso de alcohol, tabaco y otras drogas variará considerablemente según los supuestos formulados, pero no hay duda de que los costos pueden ser muy grandes, sobre todo para las drogas de uso muy difundido que acarrear serias consecuencias para la salud. Desde la perspectiva de los gobiernos, esos estudios también considerarían las entradas provenientes de los impuestos sobre las ventas de drogas lícitas y de las multas por delitos relacionados con las drogas, e incluso la reducción de los gastos en pensiones resultante de la mortalidad temprana de los usuarios de drogas.

La formulación racional de políticas sobre drogas, sea en el nivel internacional, nacional o comunitario, requiere un conocimiento detallado del perfil de los problemas para el usuario y para otros individuos relacionados con ciertas drogas. El perfil variará de un lugar a otro y también con el tiempo, y una importante parte del proceso será la vigilancia epidemiológica de los tipos de

daño y de las modalidades de uso. La vigilancia se necesita no sólo para establecer el grado de necesidad de los servicios y para los programas de prevención, sino también para identificar las distintas maneras en que se pueden reducir tipos particulares de daño relacionados con las drogas. En los programas de prevención podrán adoptarse medidas para desalentar el uso, medidas para desalentar modalidades peligrosas de uso o medidas para reducir directamente los problemas relacionados con las drogas. Por ejemplo, el daño causado por el tabaquismo pasivo puede reducirse si se exige que en los restaurantes haya secciones por separado para los no fumadores, y los accidentes relacionados con el manejo de vehículos en estado de embriaguez pueden reducirse si se exige la instalación de bolsas de aire o cinturones de seguridad en los automóviles. La transmisión de la infección por el VIH puede reducirse si se enseña la importancia de la esterilización de las agujas a los que se inyectan drogas por vía intravenosa. Aunque estas medidas pueden dar lugar a controversia, deberá al menos considerarse su aplicación como parte de un amplio enfoque sanitario encaminado a reducir la carga de perjuicios relacionados con las drogas.

#### 4.2 **Indicadores de los problemas relacionados con las drogas**

Los indicadores de las consecuencias sociales de las diversas modalidades de uso de las drogas comprenden medidas tales como la confiscación de drogas y el arresto y el encarcelamiento relacionados con éstas. Esto da una medida aproximada de las tendencias cambiantes de los delitos relacionados con las drogas, pero puede simplemente ser un reflejo de las actividades de vigilancia policial. Los datos sobre las hospitalizaciones, incluidas las registradas en las salas de traumatología y de urgencias, las defunciones relacionadas con drogas y los niveles de hepatitis e infección por el VIH dan un índice de las consecuencias para la salud del uso de drogas. Muchos de éstos son indicadores deficientes no sólo porque los datos son incompletos, sino también porque las campañas eficaces de prevención reducirán algunas de estas consecuencias perjudiciales del uso de drogas (como la tasa de infección por el VIH).

Los indicadores de procesos dentro de la población que tiene contacto con una variedad de servicios de tratamiento probablemente proporcionen un cuadro más exacto. Esos indicadores podrían ser el tiempo medio entre el uso de la droga (incluido el uso de drogas por vía intravenosa) y la presentación en el lugar donde se prestan servicios; el tiempo entre la aparición de la dependencia y el uso de los servicios; el tiempo entre la primera vez que se usaron las drogas intravenosas y el contacto con un programa de intercambio de agujas, y la modalidad de comportamiento arriesgado como la inyección de drogas por vía intravenosa y el uso en común de agujas y jeringas.

En los últimos años se ha demostrado el considerable valor de una variedad de marcadores biológicos para detectar el uso excesivo de alcohol antes de que aparezcan serios problemas de salud. La sensibilidad y especificidad de estos marcadores varían mucho. Mediante la detección de anticuerpos séricos contra los productos de adición de acetaldehído-proteína o los productos de

adición de hemoglobina pueden identificarse 40-50% de los que beben en exceso en una etapa muy temprana. Las observaciones radiológicas de antiguas fracturas constituyen un valioso marcador de la intoxicación reiterada que puede detectar alrededor del 70% de los que consumen alcohol en exceso. Pero hasta ahora la mejor detección en cuanto a sensibilidad y especificidad es la determinación de concentración en la sangre de transferrina y gamma-glutamil transpeptidasa y el volumen corpuscular medio. Se espera, además, que pronto habrá disponibles mejores marcadores de bajo precio para los exámenes ordinarios del estado de salud.

En cuanto a las drogas sometidas a fiscalización, la situación parece bastante menos prometedora que para el alcohol, en parte como resultado de los diferentes objetivos y propósitos. Casi todos los marcadores del uso de alcohol detectan niveles subclínicos mínimos de daño y tienen como propósito detectar el uso excesivo antes de que se produzcan daños serios. Tal vez haya indicadores semejantes que podrían servir para detectar el uso de disolventes. Mientras la fiscalización de drogas tenga como propósito detectar cualquier nivel de uso no médico, incluso los niveles que no han demostrado estar relacionados con daños reconocibles, el único marcador útil es la presencia de la droga o de sus metabolitos en la sangre o la orina. Hasta ahora no existen para las drogas sometidas a fiscalización marcadores de efectos biológicos tempranos comparables a los empleados para el alcohol.

Con la aparición de infecciones por el VIH y el SIDA se ha hecho más evidente la necesidad de contar con datos epidemiológicos fidedignos sobre la prevalencia del uso de drogas inyectables y no inyectables en la comunidad. En Europa, la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas por vía intravenosa varía considerablemente de una región a otra. Se han recogido muestras de saliva de una variedad de personas anónimas que están en contacto con servicios de salud y de otras, como prisioneros, para investigar la presencia del VIH. En esos estudios el riesgo de sesgo de muestreo es bastante grande, lo que sugiere que la prevalencia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas por vía intravenosa llega a ser de 58% en Francia, 20% en Alemania, 30-80% en Italia, 30% en los Países Bajos, 40-60% en España y 1-5% en el Reino Unido. Las comunicaciones recibidas de la India, Sudamérica y Tailandia indican que la infección se está propagando rápidamente entre ciertos grupos de usuarios de drogas por vía intravenosa y entre algunos usuarios que no se las inyectan por vía intravenosa. Esas variaciones en la prevalencia del VIH pueden estar relacionadas con el grado de conocimiento y percepción del riesgo de infección por el VIH, especialmente cuando el virus empezó a propagarse por primera vez en estos países. Los factores que aparentemente son los causantes principales de la rápida propagación del VIH entre los usuarios de drogas son: i) la falta de conocimiento acerca del SIDA; ii) el contacto sexual; y iii) el uso en común de agujas y jeringas en lugares frecuentados por usuarios de drogas.

## 5. **Medidas de prevención**

Es amplia la variedad de estrategias empleadas en la prevención del daño relacionado con las drogas. Desde la 20ª reunión del Comité se han publicado

numerosos informes en los que se evalúan los efectos de ciertos programas o intervenciones encaminados a prevenir el uso de drogas o problemas relacionados con éstas. Si bien han permitido extraer conclusiones sobre qué da buen resultado en qué circunstancias, y qué parece generalmente tener poco efecto, estos informes presentan dos limitaciones importantes. En primer lugar, se basan en la experiencia recogida en una variedad relativamente restringida de sociedades desarrolladas, y su extrapolación a circunstancias sociales diferentes para estimar los probables efectos debe efectuarse con suma cautela. En segundo lugar, las técnicas de evaluación determinan mejor los efectos a corto plazo que a largo plazo y debe tenerse presente la posibilidad de tener, a la larga, resultados paradójicos. Por otra parte, los efectos a corto plazo son en sí mismos importantes, y la mayor disponibilidad de datos sobre los efectos de programas y políticas ha contribuido al desarrollo de políticas bien fundamentadas de fiscalización de drogas. Esa información, sin embargo, no puede usarse como sustituto de la vigilancia y evaluación de los efectos de determinadas intervenciones.

## 5.1 Regulación sanitaria

### 5.1.1 *Formas de regulación con fines sanitarios*

La regulación de mercados de drogas psicoactivas con fines sanitarios es un importante instrumento para prevenir los daños relacionados con las drogas. Esos reglamentos crean y regulan un mercado legal para las drogas y permiten que los productores y vendedores legítimos operen en él bajo ciertas condiciones. Los productores y vendedores legítimos tienen poderosos incentivos para observar los reglamentos-incentivos que alientan su libre cumplimiento y suelen ser más eficaces que la amenaza de aplicar sanciones penales a los consumidores. Por su propio interés, los productores y vendedores legítimos también están en alianza con el Estado contra cualquier mercado ilícito.

Existen tres formas principales de regulación de los mercados de drogas psicoactivas con fines sanitarios. Una es el sistema de prescripciones que se aplica a la mayor parte de las drogas psicoactivas y a otras drogas potencialmente nocivas y que está vinculado a las convenciones internacionales y a las estructuras de fiscalización conexas. En principio, la inclusión de una sustancia en este sistema implica una decisión por la cual el uso de dicha sustancia con fines de placer es ilícito, aunque en la práctica tal vez se abandone este principio cuando se deja la decisión del acceso a la droga principalmente en manos del médico.

Una segunda forma de regulación es una estructura de fiscalización *específica* y reglamentos para la comercialización de determinados tipos de drogas psicoactivas. Esta forma de regulación se ha generalizado mucho para el alcohol, sobre todo en los países donde la disponibilidad de bebidas alcohólicas se ha hecho posible sólo en años recientes. Se han establecido varios sistemas de fiscalización del alcohol (inclusive organismos con funciones específicas) para reducir al mínimo los problemas sociales y sanitarios relacionados con la bebida. Esos sistemas no están por lo común bajo la jurisdicción de las autoridades sanitarias. Aunque algunos de esos organismos han perdido de vista el objetivo inicial, los estudios experimentales y legislativos han demostra-

do que la diversas dimensiones de sus sistemas de fiscalización, como el racionamiento individual, restricciones sobre el número de distribuidores, horarios de atención limitados, edades mínimas para beber, pueden reducir el grado de consumo y también modificar las modalidades de consumo a fin de reducir las consecuencias perjudiciales de la bebida. El Comité recomendó que el sector salud coordine su labor con los organismos de fiscalización del alcohol para promover el interés por la salud pública. Se ha propuesto que los sistemas de fiscalización del alcohol podrían adaptarse y utilizarse para otras drogas psicoactivas; por ejemplo, en algunos países se han presentado propuestas para poner al tabaco bajo el sistema de fiscalización del alcohol o para establecer un sistema paralelo.

Una tercera forma de regulación es el uso de estructuras *generales* de regulación sanitaria o de la comercialización para controlar o influir en la disponibilidad de las drogas. Esta forma de regulación se emplea mucho para el tabaco y para los productos farmacéuticos de venta libre, incluidos los que contienen cantidades limitadas de drogas sometidas a fiscalización, y tiende a ser más flexible que cualquiera de las formas precedentes. Respecto del tabaco y los productos farmacéuticos de venta libre, las autoridades sanitarias suelen tener jurisdicción en la composición de la preparación en venta con el objeto de reducir al mínimo los daños causados por el uso (limitando el alquitrán de los cigarrillos, por ejemplo). La aplicación de otras restricciones, como por ejemplo, una edad mínima para la adquisición, no está por lo común bajo la jurisdicción de las autoridades sanitarias.

También es importante el papel de los controles de precios (inclusive los impuestos) en la regulación de los niveles de consumo de drogas psicoactivas. Esta medida puede aplicarse en cualquier sistema de fiscalización, y en realidad las decisiones sobre esos impuestos suelen tomarse fuera del sector salud. Si bien, por definición, parte de la demanda de una droga causante de dependencia quedará relativamente inalterada por su precio, se ha demostrado en repetidas ocasiones que cuando aumentan los precios del alcohol y del tabaco se reduce el consumo, especialmente entre los jóvenes. Los precios más altos de estos productos tienden a limitar el uso nocivo y desalienta a los nuevos candidatos y ayudan también a aumentar las recaudaciones impositivas del gobierno. Aparte del grado de apoyo del público, la principal limitación de esta intervención es que un precio demasiado alto puede llevar a que los usuarios compren los productos en mercados ilícitos.

#### 5.1.2 ***Regulación del uso tradicional de drogas psicoactivas que ocurren en la naturaleza***

En el contexto de la revisión preliminar de las sustancias psicoactivas (véase la sección 10), el Comité examinó la conveniencia de prohibir bajo las convenciones internacionales los productos vegetales que contienen sustancias psicoactivas tradicionalmente utilizadas por poblaciones indígenas. Esos productos se utilizan en diversas partes del mundo y tienen generalmente psicoactividad moderada en la forma empleada. Algunas de estas sustancias están sometidas a fiscalización internacional, y en opinión del Comité hay varias otras con perfiles farmacológicos parecidos. El Comité consideró, sin embar-

go, que cualquier beneficio para la salud podría verse superado por los problemas sociales resultantes de la prohibición de estos productos sometidos a fiscalización internacional. Se citaron varios casos en los que la prohibición de drogas de uso tradicional ha causado problemas imprevistos. El Comité sugirió que si se considerara apropiada la fiscalización reguladora de estos productos podría aplicarse un sistema nacional de fiscalización para regular el mercado, como los establecidos por numerosos países para el alcohol. En vista de la variedad de ese tipo de sustancias y la variedad de modalidades tradicionales de uso, el Comité recomendó que la OMS considere el estudio de estas modalidades de uso y las consecuencias sanitarias y sociales con el objeto de identificar medidas apropiadas para reducir las consecuencias perjudiciales, y la formulación de recomendaciones relativas a las disposiciones de la fiscalización internacional.

### 5.1.3 **La regulación y el uso racional de drogas psicoactivas medicinales**

Según los datos de los informes de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el uso médico de opioides presenta pronunciadas diferencias de un país a otro. En 1986-1990, por ejemplo, el uso de opioides en un país de Europa Occidental era 10 veces mayor que en un país vecino cuando se lo midió en función del consumo per cápita. Esas variaciones entre los países podrían deberse a diferencias en la tasa de prevalencia de ciertas enfermedades, la preparación de los médicos, la regulación de las prácticas de prescripción de los médicos, las actitudes culturales hacia el tratamiento del dolor y otros síntomas patológicos.

El Comité consideró que, en los intentos por reducir el uso no médico de drogas psicoactivas terapéuticas, es necesario asegurar que los pacientes con necesidades médicas legítimas no se vean privados de recibir tratamiento con las cantidades debidas de medicamentos adecuados. Hay indicios de que las necesidades médicas de opioides no se satisfacen por completo (18), especialmente entre los pacientes con cáncer, que pueden requerir grandes dosis de opioides para obtener efectos analgésicos óptimos (19).

El Comité recomendó que la OMS promueva el uso apropiado de opioides para el alivio del dolor mediante la educación de los profesionales de la atención de salud (enfermeras, farmacéuticos, médicos), las autoridades sanitarias y el público en general para velar por la administración de tratamiento adecuado a los pacientes con necesidades médicas legítimas. Como se expone en la sección 2.2.1, la manifestación de síndromes de abstinencia en pacientes con cáncer que reciben analgésicos opioides no es en sí misma prueba suficiente de que existe dependencia. El Comité tomó nota de que los informes de la JIFE sobre el uso de analgésicos narcóticos habían indicado que en ciertos países se había avanzado en el incremento del uso apropiado de esos medicamentos. En el mundo hay aún muchos lugares en los que los pacientes continúan sufriendo innecesariamente por la resistencia del personal de atención de salud a administrar cantidades adecuadas de analgésicos opioides.

El Comité también reconoció que en la prescripción de otros medicamentos terapéuticos que pueden producir dependencia es preciso ejercer gran caute-

la. El beneficio derivado del uso de anfetaminas para el tratamiento de la obesidad, por ejemplo, no se considera generalmente lo bastante grande como para justificar el riesgo de dependencia y la toxicidad conexas. Lo mismo podría decirse del uso de benzodiazepinas para el tratamiento prolongado de la ansiedad o de la disipnia. El Comité recomendó que, si para el tratamiento se considera un medicamento que produce dependencia, el médico deberá ponderar los posibles beneficios terapéuticos frente a los riesgos de la dependencia y la toxicidad conexas. La educación adecuada de enfermeras, farmacéuticos y médicos deberá asegurar que esos medicamentos se administren de manera que sean de óptimo beneficio para el paciente.

## 5.2 **Medidas educativas de prevención**

Numerosos países han recurrido a la educación para prevenir el uso de drogas y los problemas relacionados con éstas. Son comunes los programas educativos para escolares y las campañas de información pública por medios electrónicos y de difusión en general. Las evaluaciones de los efectos a corto plazo de esos programas sugieren que, si bien pueden ayudar a aumentar los conocimientos sobre los problemas relacionados con el uso del tabaco, el alcohol y otras drogas, probablemente no influyen en la actitud o la conducta. Es posible que esas campañas tengan, a la larga, efectos positivos, pero parece improbable en ausencia de efectos a corto plazo. Los efectos sobre el comportamiento son más probables si los mensajes del programa o de la campaña están respaldados por otras actividades o factores. Por ejemplo, la educación de los escolares acerca de los efectos del uso del tabaco parece haber resultado más eficaz para desalentar a los que empiezan a fumar en sociedades donde de este hábito no se considera ya socialmente aceptable.

Pueden aplicarse los principios generales de la comunicación para aumentar la eficacia de los programas educativos encaminados a reducir el uso de drogas o los problemas relacionados con éstas. El mensaje deberá ser claro y preciso para el público al que se lo destina, y deberá provenir de una fuente de información fidedigna. El mensaje también deberá ofrecer asesoramiento específico, no general, y la información será en lo posible nueva para el público y capaz de provocar discusiones o de incitar a actuar.

Y, sobre todo, los programas educativos no deberán planearse y llevarse a cabo como actividades aisladas. Para que resulten eficaces se los considerará parte de un plan integrado de acción en el que intervienen otras estrategias.

## 5.3 **Medidas centradas en la comunidad**

En los últimos años se ha visto en varios países la gran importancia de la acción llevada a cabo en el ámbito de la comunidad para prevenir el uso de drogas y los problemas que lo acompañan. Las intervenciones preventivas basadas en la comunidad dirigen las medidas de prevención al plano de la vida diaria y las actividades habituales de la gente y contribuyen al fortalecimiento de la atención primaria de salud promovida por la OMS. La actuación en el nivel comunitario también es importante puesto que las comunidades sopor-

tan mucha de la carga que significa afrontar el uso nocivo de drogas y problemas derivados.

Los programas comunitarios abarcan desde las actividades autónomas de base hasta lo que básicamente ha sido una labor profesional protegida en la cual el gobierno ofrece recursos a coaliciones de instituciones sanitarias y sociales de la comunidad que han propuesto proyectar y coordinar las respuestas de la comunidad a los problemas relacionados con las drogas. Con frecuencia las actividades de base han surgido a raíz de una crisis en la comunidad y luego han cesado; pero ha habido ocasiones en que las agrupaciones comunitarias se han unido para formar una organización que se ocupe de las drogas y los problemas planteados por éstas. La estrategia más eficaz puede estar entre estos dos extremos del dominio comunitario, donde un agente o grupo presente en la comunidad promueve un plan de acción comunitaria sobre las cuestiones y problemas relacionados con las drogas. Es aconsejable que ese agente o grupo esté en comunicación permanente con colegas de otras comunidades y con fuentes de asistencia técnica.

Gran parte del trabajo del agente comunitario consistirá en establecer acuerdos sobre las actividades de la comunidad con y entre las partes interesadas de ésta. Estas son por lo común agentes de atención primaria de la salud y otros agentes comunitarios de salud que suelen tener una idea particularmente clara de los diversos problemas relacionados con las drogas que afectan a la comunidad. El agente comunitario necesita, por un lado, ser flexible y oportunista y, por el otro, no apartar la vista de los objetivos generales de reducir el uso nocivo de drogas y los problemas que ocasiona. Se recurrirá a una variedad de métodos no sólo para impartir información y educación sobre las drogas y los problemas relacionados con éstas, sino también para modificar el medio comunitario por medio de la regulación (véase la sección 5.1), ofreciendo actividades recreativas y otras ocupaciones interesantes en sustitución del uso de drogas y ejerciendo influencia en la opinión pública local sobre el uso de drogas y los problemas derivados, su prevención y forma de abordarlos.

#### 5.4 **Medidas dirigidas al medio**

La decisión de usar drogas en una cierta ocasión, la forma y el alcance del uso de drogas, la conducta que acompaña y sigue al uso de drogas y las consecuencias de este uso están en gran parte determinados por el contexto físico y social de la ocasión. Por ejemplo, los accidentes causados por los que beben y manejan pueden prevenirse si la persona que ha estado bebiendo puede llegar a su casa sin necesidad de manejar un vehículo. Las medidas dirigidas al medio pueden, pues, ser eficaces para prevenir problemas relacionados con las drogas. Por su naturaleza, esas medidas tienen un efecto más directo en los problemas relacionados con las ocasiones aisladas en que se toman drogas que en los problemas planteados por la modalidad de consumo acumulativo; por otra parte, la repetición del efecto en los problemas derivados de las ocasiones aisladas en que se toman drogas puede llevar a producir algún efecto en la modalidad de consumo acumulativo.

Las medidas dirigidas al medio requieren estudios detallados sobre las modalidades del consumo de drogas, el desarrollo de problemas relacionados con éstas y sobre los posibles factores conjuntos que contribuyen al planteamiento de esos problemas (véase la sección 4.1).

Una manera de prevenir el uso de drogas y los problemas consiguientes que goza de la aceptación del público es el ofrecimiento de actividades y ocupaciones como sustituto de ese uso. Los programas resultantes suelen servir para impartir conocimientos útiles o para prestar servicios necesarios, de modo que están plenamente justificados, prescindiendo de su efecto en el uso de las drogas. No es muy evidente, empero, que ejerzan un efecto apreciable en el uso mismo.

## 5.5 Medidas disuasivas

Como ya se mencionó en la sección 5.1.1, los esfuerzos por disuadir a los proveedores legítimos de desarrollar actividades ilegales suelen ser más eficaces que los esfuerzos por disuadir de lo mismo a los clientes potenciales. •

Un objetivo del derecho penal es detectar formas de comportamiento ilícito. Las leyes penales se considerarán relativamente ineficaces si se descubre que numerosas personas las quebrantan, con lo cual se exponen a arrestos y castigos. Desde esta perspectiva, en muchos países las cárceles llenas de infractores de la legislación contra el uso y tráfico de drogas es prueba de lo ineficaz que es la legislación penal para reprimir la participación en el mercado ilícito de drogas. En algunos países, el uso de la cárcel para desalentar la posesión de drogas ilícitas también ha contribuido a empeorar el problema del hacinamiento en las prisiones. Los «castigos civiles» para los usuarios de drogas, como la amenaza de la pérdida del empleo si el análisis de orina indica la presencia de drogas, tendrá el mismo efecto de disuasión.

Los estudios sobre la disuasión en general indican las condiciones en las cuales la legislación penal tenderá a ser más eficaz: el castigo por quebrantar la ley es relativamente rápido y relativamente cierto, y la sanción penal se considera adecuada para el delito. En los últimos tiempos el método de disuasión más eficaz para desalentar la práctica de beber y manejar ha sido un programa intensivo y continuo de verificaciones al azar entre los conductores para medirles, mediante una prueba respiratoria, el contenido de alcohol. En algunos países, sin embargo, se consideraría que un programa como éste constituye una violación del derecho a la vida privada. En vista de las diversas necesidades de los individuos y de las ideas acerca de lo que es y no es aceptable en las diferentes culturas y sociedades, habría que extender la búsqueda de otras soluciones más allá de las medidas de disuasión.

## 5.6 La opinión pública

La estructura de la opinión pública en materia de drogas suele menoscabar la eficacia de las políticas racionales de fiscalización de drogas.

Por ejemplo, la aceptación generalizada del cigarrillo en casi todas las socie-

dades ha convertido al hábito de fumar tabaco en una forma de conducta familiar y sociable que puede adoptarse en casi todas las actividades de la vida diaria. En muchas sociedades la ingestión de bebidas alcohólicas también se ha convertido en una forma de comportamiento socialmente aceptable, relacionada a menudo con otras actividades, y tan familiar que puede incluso no llamar la atención. En la sociedad, numerosos intereses creados generalmente sostienen esta situación. Por ejemplo, las industrias del tabaco y bebidas alcohólicas arguyen que, como fabricantes de productos legales, tienen el derecho de promoverlos sin restricciones.

En esas circunstancias se dará prioridad a la educación del público, no sólo acerca de los problemas relacionados con el hábito de fumar y la bebida, sino también acerca de los propósitos y eficacia de las medidas preventivas. Cuando se proponen nuevas medidas regulatorias u otras medidas de prevención se promueve el debate público, el cual probablemente contribuya más a la prevención que la medida propuesta misma, ya que con él se despierta la conciencia del público.

A la inversa, el desconocimiento de las cuestiones relativas a las drogas ilícitas puede contribuir a exacerbar la preocupación del público y llevar a la formulación imprudente de políticas. El personal de salud pública y las autoridades enfrentan la tarea de desalentar las reacciones exageradas potencialmente contraproducentes y de mantener un lugar para los ex usuarios de drogas en la sociedad, desalentando al mismo tiempo el uso nocivo de drogas. Al ponerse de relieve los problemas resultantes del uso de drogas que son legales y aceptadas en la sociedad se tiende a subrayar la naturaleza generalmente peligrosa del uso de drogas psicoactivas, estableciéndose así una manera de promover las medidas preventivas.

## 6. **Respuestas terapéuticas al uso nocivo de sustancias psicoactivas**

### 6.1 **La importancia del tratamiento**

Existe una necesidad general de reforzar la respuesta terapéutica al uso de drogas psicoactivas. Actualmente, el alcance y la calidad de la atención ofrecida a los usuarios de drogas son con frecuencia inadecuados, sobre todo porque algunos proveedores de servicios tal vez consideren que aquéllos no son dignos de recibir ayuda. Los familiares del usuario de drogas, además, ya sea los padres, los compañeros o los hijos, seguramente tendrán que pagar las diversas consecuencias sociales, económicas y sanitarias que acarrea el uso de drogas. Cuanto más tiempo continúe sin tratamiento la persona afectada, mayor será la carga de sufrimiento de la familia. La fácil disponibilidad de ayuda para el usuario de drogas es necesaria, pues, no sólo en interés del usuario, sino también en interés de su familia. La familia también tiene derecho a recibir apoyo y asistencia.

Si bien la población destinataria, los objetivos y los sistemas de prestación de servicios para el tratamiento difieren de los de la prevención en muchos aspectos, en otros los dos componentes son sinérgicos. Por ejemplo, la inter-

vencción o educación temprana de usuarios de drogas que tiene lugar en el ámbito de la atención primaria puede representar una contribución apreciable para la prevención, mientras que el tratamiento de la dependencia ya existente puede contribuir a la prevención de la morbilidad, las desventajas sociales o la mortalidad. En la sección 6.3.4 se destaca la importancia de los servicios de tratamiento en la prevención de la transmisión de VIH entre los usuarios de drogas por vía intravenosa.

La falta de provisión de tratamiento adecuado para los problemas relacionados con las drogas probablemente resulte costosa para los servicios de salud y para la comunidad. Por ejemplo, si no reciben tratamiento, las personas que hacen uso nocivo de las drogas continúan siendo fuente de gastos para los servicios sociales y de salud de todo tipo y también de tensiones en las cárceles por desviárselos indebidamente a los servicios penales, y traen consigo costos sociales indirectos debido a la pérdida de productividad.

Además, una comunidad que proporciona tratamiento adecuado a los usuarios de drogas y sus familias es una declaración pública de que esos problemas merecen seria consideración y la debida dedicación. Los servicios de tratamiento, los profesionales de la salud bien informados (especialmente el personal de atención primaria) y los ex usuarios de drogas pueden actuar de agentes de renovación y ayudar a enterar mejor a la comunidad.

## 6.2 **La necesidad de una respuesta múltiple e integrada**

### 6.2.1 ***La necesidad de respuestas diversas***

Hay muchos tipos diferentes de drogas psicoactivas, cada una de ellas con sus propios problemas y modalidades de uso característicos. También la edad y el origen étnico de los usuarios de drogas serán muy diferentes y habrá entre ellos personas sin hogar o itinerantes y personas con residencia fija. Los problemas sociales, físicos y mentales relacionados con el uso de drogas pueden requerir un amplio y variado espectro de tipos de tratamiento. La respuesta terapéutica general debe, pues, diseñarse de manera flexible, orientada hacia los pacientes y hacia las familias, de modo que el tratamiento ofrecido al usuario de drogas se ajuste a las necesidades de ese individuo en particular y no a las de un cierto prototipo de usuario.

### 6.2.2 ***Atención primaria de salud***

En la planificación de la respuesta terapéutica a los problemas relacionados con las drogas, habrá que considerar especialmente el establecimiento de servicios de atención primaria orientados hacia la comunidad. Se enseñará a examinar y detectar el uso de drogas a los médicos, agentes de atención primaria de salud, farmacéuticos, asistentes sociales y otros agentes de salud de la comunidad y se les impartirá capacitación para que se pongan en contacto con los usuarios de drogas y los inciten a buscar ayuda o a continuar el tratamiento y para que les presten atención médica. También deberán participar organizaciones de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Al-Anon y Narcóticos Anónimos.

### 6.2.3 ***Servicios médicos y psiquiátricos generales***

La presentación inicial del uso nocivo o de la dependencia suele tener lugar en los servicios médicos generales, como los servicios de emergencia, o en los servicios psiquiátricos generales. De allí que un elemento importante del desarrollo de los servicios es mejorar la capacidad de los médicos, enfermeras, parteras y demás profesionales de la atención de salud en esas salas para detectar y tratar los problemas relacionados con las drogas, o para remitir los pacientes a servicios adecuados.

### 6.2.4 ***Servicios especializados***

Pese a destacarse en este informe la importante función de los servicios de salud general y de atención primaria en respuesta al uso nocivo de drogas y a la dependencia, no deberá subestimarse la contribución potencial de los servicios especializados. Por otra parte, resultaría infructuoso depender exclusivamente de los servicios especializados y no sería útil aislar esos servicios del personal de salud de otros niveles. Habrá algunos usuarios de drogas para quienes estará indicada una etapa de atención especial intensiva o prolongada, muchos casos en los que la atención se dividirá entre los servicios generales y los especializados, y muchos otros en los cuales los especialistas podrán prestar asistencia técnica o respaldo médico al personal de atención primaria, o prestar servicios de consulta a los hospitales generales.

### 6.2.5 ***El tratamiento dentro del sistema penal***

El Comité tomó nota de que se habían realizado estudios sobre el tratamiento de usuarios de drogas dentro del sistema penal. Si bien el Comité se alegra de ello, considera que en interés de la salud es más conveniente dirigir a esas personas fuera de la prisión e introducirlas en otros programas de tratamiento de cariz más positivo. Por mandato de los tribunales se han establecido diversos programas de tratamiento en diferentes jurisdicciones. El Comité recomendó que siempre que se aplique compulsión (sea a través de los tribunales o de la legislación sanitaria), se aplicarán también mecanismos para salvaguardar los derechos humanos de los usuarios de drogas, así como mecanismos para reintegrar a la comunidad a los ex usuarios.

### 6.2.6 ***Servicios de tratamiento en el contexto de la comunidad***

Al ponerse de relieve en este informe la función de los servicios generales de salud y de atención primaria en el tratamiento de la dependencia y otros problemas relacionados con las drogas queda implícito que los servicios de tratamiento deberán estar orientados hacia la comunidad. Deberá considerarse, por tanto, de qué manera los servicios de tratamiento responderán a las necesidades de la comunidad, apoyarán los objetivos de ésta y obtendrán apoyo de todas sus facetas. Habrá que informar a la comunidad de qué tratamientos se ofrecen y qué se pretende lograr a fin de que los usuarios de drogas se sientan alentados a buscar ayuda y se elimine el estigma asociado al tratamiento. Procediendo de esta manera se facilitará la reintegración y rehabilitación en

la comunidad de los usuarios de drogas tratados. También es importante que los servicios de tratamiento establezcan contacto con las escuelas, otros lugares de enseñanza, los empleadores y las organizaciones profesionales para velar por el acceso de los ex usuarios de drogas al empleo, la educación y la capacitación. También deberán considerarse las necesidades especiales de los agentes de salud comunitarios que hayan desarrollado problemas relacionados con las drogas.

### 6.3 **Planificación de los servicios de salud**

#### 6.3.1 ***La necesidad de planificación***

Como ya se señaló, el uso nocivo de drogas y la dependencia plantean complejos problemas a muchos sectores de los servicios sanitarios y sociales. Cualquiera sea el nivel de desarrollo nacional, sólo mediante una cuidadosa planificación podrá lograrse una distribución óptima de los recursos disponibles para atender esta situación. Esto supone que habrá que establecer una base epidemiológica, evaluar las necesidades, establecer los objetivos y prioridades y establecer actividades de evaluación y vigilancia. Tanto en el nivel nacional como en el local, la planificación de las respuestas a los problemas relacionados con las drogas no deberá sólo integrarse a la atención social y general de la salud, sino que deberá contar también con la participación de otros sectores.

La cuestión general de las necesidades de investigación y evaluación se trata en la sección 7. Aquí cabe notar simplemente que la investigación y evaluación permanentes deberán ser parte integrante de los servicios de salud para los usuarios de drogas.

#### 6.3.2 ***La planificación en relación con los problemas planteados por los diferentes tipos de drogas***

En el nivel primario las respuestas a los diferentes tipos de drogas están integradas porque hay un solo médico o un solo grupo para abordar todos los tipos de problemas relacionados con las drogas que presentan cada usuario de drogas y su familia. Aun así, puede ser necesario insistir en la necesidad de una variedad de actividades terapéuticas dirigidas a toda la variedad de drogas, con inclusión de nicotina, alcohol, drogas medicinales psicoactivas e inhalantes. En un nivel más especializado, si bien es sumamente deseable que haya un grado de integración e intercambio de especializaciones e instalaciones, los servicios especializados quizá tengan que planearse y desarrollarse por separado para los diferentes tipos de drogas.

#### 6.3.3 ***Capacitación profesional***

Cualquiera sea la eficacia demostrada de un método de tratamiento, sólo se obtendrán óptimos resultados si el personal está adecuadamente capacitado. La capacitación debe ser, pues, parte integral de la planificación de los servicios. Lo más necesario es la enseñanza general de sencillas técnicas de exa-

men y de orientación que se han de utilizar en los servicios generales de salud. No se ignorará, sin embargo, la necesidad de enseñar técnicas avanzadas para los tratamientos especiales; un programa de tratamiento con metadona, por ejemplo, será tan bueno como la capacitación, dedicación y competencia del personal de que está dotado.

#### 6.3.4 ***Necesidades de planificación relacionadas con la aparición del VIH***

Muchos países tienen actualmente que reorientar sus servicios de tratamiento para abordar los problemas planteados por el VIH. En vista del riesgo de transmisión del virus a través del uso de drogas por vía intravenosa y a través del contacto sexual, se dará prioridad a la revisión de los servicios de tratamiento para usuarios de drogas a fin de asegurarse de que son adecuados para los problemas en evolución planteados por el VIH y el SIDA. En algunos países se han suministrado agujas y jeringas estériles y condones. Se espera que una expansión del tratamiento oral con metadona debidamente controlado también sirva para reducir, donde sea aceptable, la transmisión del VIH.

Será cada vez más necesario instalar hospicios para los usuarios de drogas que presentan complicaciones terminales de la infección por el VIH.

#### 6.3.5 ***Servicios de planificación en los países en desarrollo***

Pese a que los recursos suelen escasear, en los últimos años muchos países en desarrollo han hecho grandes progresos en la planificación de servicios de salud, especialmente en el desarrollo de la atención primaria. En el mundo en desarrollo son cada vez más comunes los problemas relacionados con las drogas debido al uso, por ejemplo, de alcohol en grandes partes de África, cocaína y alcohol en Centroamérica y Sudamérica y opioides en Asia, y al hábito de fumar cigarrillos en casi todos los países. Con tantas otras demandas que deben atender los servicios de atención de salud, se corre el riesgo de que los problemas relacionados con las drogas no reciban un alto grado de prioridad en estos países. Pero en la planificación y el establecimiento de servicios de tratamiento es indispensable incluir el ofrecimiento de atención primaria que responda a los problemas relacionados con las drogas, especialmente porque éstos tienen acción recíproca con muchos otros tipos de problemas sanitarios y sociales y tienden a exacerbarlos.

### 6.4 **¿Qué puede esperarse del tratamiento?**

Es menester que el usuario de drogas, su familia, los profesionales de la salud, los planificadores y comunidades comprendan qué cabe o no cabe esperar del tratamiento de la dependencia y otros problemas relacionados con las drogas. Si no se establece una opinión equilibrada e informada, se corre el riesgo de infundir demasiado optimismo o un pesimismo infundado.

#### 6.4.1 ***Elementos esenciales del proceso de tratamiento***

El tratamiento del uso de drogas tiene ciertos elementos comunes. Ayuda al

usuario a ver su problema desde una perspectiva diferente, le infunde más confianza en sí mismo, le confiere la facultad de tomar decisiones y de trabajar para modificar su situación y le infunde esperanza. Al mismo tiempo, debe asegurarle acceso a los servicios de atención física y psiquiátrica y de asistencia social, y estar orientado hacia la familia y hacia el individuo.

#### 6.4.2 ***La necesidad de considerar el tratamiento como un largo proceso***

En algunos casos, una sencilla y breve intervención producirá una mejora inmediata, y la sólida eficacia de las sencillas intervenciones practicadas en el ámbito de la atención primaria es cada vez más evidente. Pero en muchos otros casos se considerará que el tratamiento es un largo proceso, o incluso un proceso que se extenderá por el resto de la vida, con recaídas ocasionales. En esos casos, el objetivo de los servicios de tratamiento no puede ser «curar» al paciente, sino mejorar gradualmente su salud o su funcionamiento en la sociedad, incitarlo a volver a probar, o evitar algunas de las más serias consecuencias del uso de drogas. No quiere decirse con esto que los médicos han de suponer que el tratamiento no da resultado en esos pacientes. El tratamiento se verá, por el contrario, como un elemento que sostiene los largos procesos naturales de cambio y recuperación.

#### 6.4.3 ***Minimización del daño***

Ultimamente se ha puesto en boga en algunos países el concepto de minimización o reducción del daño. El concepto está dirigido al logro de metas intermedias como etapa previa al alcance del ideal de supresión de la droga, y se basa en estrategias tendentes a disminuir el riesgo de las consecuencias sanitarias y sociales del uso de drogas, como la nicotina en reemplazo de los cigarrillos en el caso de los fumadores, o la administración de metadona a usuarios de opioides.

#### 6.4.4 ***La instalación de servicios de tratamiento***

Del mismo modo que el tratamiento del usuario de drogas deberá considerarse como un largo proceso con metas intermedias, así la instalación de servicios de tratamiento deberá tener lugar en varias etapas. Los distintos países instalarán servicios de distinta manera. Algunos países, por ejemplo, han invertido considerables fondos en servicios especiales en la etapa inicial para encontrar luego que esos servicios no pueden por sí solos satisfacer todas las necesidades de la población. En otros países la respuesta inicial ha sido por medio de los servicios de atención primaria, respaldados por servicios especiales instalados en una etapa posterior. Para que los servicios de tratamiento den buen resultado se los planeará en base a una evaluación de las necesidades totales de la población. Aunque tal vez no sea posible satisfacer todas las necesidades distintas durante la etapa inicial de la instalación del servicio, el objetivo será aplicar una variedad de métodos de tratamiento según las diferentes necesidades de los usuarios de drogas y las diferentes etapas del tratamiento, y no un único método aislado.

## 7. Investigación y evaluación

El Comité hizo notar que en las reuniones previas se habían formulado a la OMS una diversidad de recomendaciones sobre la investigación. Una de ellas es la recomendación de realizar estudios epidemiológicos encaminados a crear instrumentos para determinar la incidencia y prevalencia del uso nocivo de drogas psicoactivas, la dependencia y otros problemas relacionados con las drogas. También se había recomendado que se realizaran investigaciones para identificar y estudiar la interacción entre los principales factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos que llevan al uso nocivo de drogas psicoactivas. El Comité hizo notar la importancia de esas investigaciones para la elaboración de intervenciones eficaces de prevención y tratamiento, que tan urgentemente se necesitan en todo el mundo, especialmente en vista de la aparición del SIDA y su relación con el uso de drogas psicoactivas. Esas intervenciones incluirán medidas para que disminuya el uso en común de agujas y jeringas entre los usuarios de drogas por vía intravenosa, y también medidas tendentes a reducir cualquier uso de sustancias psicoactivas que conduzcan a actividades sexuales que presentan alto riesgo. El Comité observó que esas intervenciones también podrían ser consideradas estrategias para reducir la propagación del SIDA.

En la práctica, las restricciones de la evaluación de las intervenciones significa que habrá que pensar detenidamente en los métodos de investigación que se han de emplear. Un diseño experimental adecuado permitirá evaluar la eficacia de una intervención, aunque aun un experimento «natural», o sea, no programado, puede proporcionar valiosos conocimientos. Se emplearán en lo posible varios métodos complementarios de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos.

El Comité reconoció que la investigación sobre las intervenciones de prevención y tratamiento no siempre se había adecuado a la práctica de la intervención, lo que había limitado la utilidad de la investigación para el médico. Se recomendó, en consecuencia, que se adapte la investigación a la práctica de la intervención mediante una selección más cuidadosa de métodos de investigación y la diseminación adecuada de los resultados de la investigación entre los médicos que se ocupan de los problemas relacionados con las drogas.

El Comité tomó nota del papel de la OMS en la capacitación de investigadores, especialmente de países en desarrollo, en todas las disciplinas que tienen aplicación en el estudio del uso nocivo de drogas psicoactivas. Por otra parte, se expresó el temor de que estos investigadores se capacitan en el empleo de técnicas y procedimientos que requieren recursos superiores a los disponibles en sus países de origen.

El Comité consideró que en las intervenciones de tratamiento y de prevención deberá incorporarse como práctica habitual alguna forma de evaluación. En estudios recientes sobre la evaluación se ha destacado la importancia de utilizar los recursos de la investigación para ayudar a programar y aplicar las intervenciones de tratamiento y de prevención en lugar de concentrar la mayor parte de los recursos en la medición de los resultados. Esa labor de investigación, descrita a menudo como una evaluación formativa, incluye la defi-

nición de los objetivos de la intervención, la evaluación de intervenciones previas encaminadas a alcanzar objetivos similares, el análisis del contexto en que se practicará la intervención, la vigilancia de la práctica de la intervención mediante el establecimiento de metas intermedias y el aprovechamiento de la retroinformación de los involucrados en la intervención a fin de mejorarla.

La evaluación formativa deberá garantizar que sólo se idearán procedimientos que son eficaces en función de los costos. La evaluación formativa no deberá desalentar, sin embargo, la elaboración de procedimientos innovadores para el tratamiento y la prevención de los problemas relacionados con las drogas.

El Comité reconoció que, cuando los recursos para la investigación son limitados, lo más eficaz sería utilizarlos en la evaluación formativa descrita anteriormente. Pero siempre que sea posible la evaluación también deberá tener como objetivo evaluar los resultados y describir el proceso de intervención. En la evaluación de resultados pueden utilizarse los objetivos mensurables establecidos como parte del proceso de evaluación formativa. A menudo ocurre que el objetivo a largo plazo de la intervención, como la reducción del daño relacionado con las drogas, no es un objetivo mensurable adecuado si se trata de una intervención en pequeña escala de breve duración, en cuyo caso habrá que establecer objetivos intermedios.

## 8. **La necesidad de contar con una política nacional integrada sobre drogas psicoactivas**

En el contexto de la formulación de políticas nacionales e internacionales, el sector salud puede verse a menudo dominado por el sector financiero y otros intereses sectoriales. Una de las razones para esto es que en la salud de los individuos y del público en general influyen numerosos factores además de la provisión y promoción de la atención de salud. Entre esos factores están los niveles generales de vida (como la vivienda, el ingreso y la educación), el ejercicio y el ocio, la dieta, el uso de sustancias que causan dependencia, el apoyo social en general y la higiene del medio ambiente. La fiscalización de drogas que causan dependencia y la minimización de las consecuencias de su uso para la salud deberá ser un importante objetivo de la política gubernamental. El establecimiento de prioridades y objetivos claros se ve complicado, por otra parte, por la variedad de influencias que compiten en el temario político.

En algunos países, por ejemplo, tal vez no haya políticas gubernamentales que limiten la promoción y la distribución de tabaco, disolventes y alcohol. Entre las cuestiones que requieren políticas de fiscalización, el aumento del consumo de tabaco puede ocupar un lugar poco importante en la agenda política global. Las políticas gubernamentales también pueden ser incoherentes—la promoción del alcohol y el tabaco tal vez no esté restringida, mientras que el uso de drogas con consecuencias menos serias quizá sea ilegal—. En general, es difícil que las cuestiones relacionadas con la salud puedan competir con las consideraciones financieras y políticas que influyen en la determina-

ción de las políticas sociales debido especialmente a la variedad de intereses involucrados en la promoción y la distribución de drogas psicoactivas lícitas. No obstante ello, los gobiernos deberán comparar las entradas derivadas de las ventas y gravámenes de esos productos con las consecuencias a largo plazo del consumo para la salud.

Una política racional de fiscalización de drogas es un instrumento esencial para fomentar la promoción de la salud, sea cual fuere el estado legal de las distintas drogas, y su falta ocasionará ingentes costos a la salud pública. Es importante, sin embargo, que en esas políticas no sólo se ponga el acento en los beneficios que la fiscalización de drogas psicoactivas brinda a la salud, incluida su promoción, sino también que se preste debida atención a los derechos y responsabilidades de los individuos, inclusive la responsabilidad por las consecuencias del propio comportamiento.

## 9. **Recomendaciones**

### 9.1 **Integración de enfoques**

1. El Comité felicitó a la OMS por el enfoque integrado de los problemas planteados por el uso de tabaco y el uso nocivo de alcohol y otras drogas psicoactivas, y recomendó que los servicios de prevención y tratamiento se ocupen, siempre que sea posible, del daño producido por todas estas drogas.
2. La creación de servicios de tratamiento para los problemas relacionados con las drogas se integrará con la de servicios de salud mental y la de servicios generales de salud y de atención primaria, y, en consecuencia, se asignarán recursos para maximizar su eficacia. Por ejemplo, muchas actividades relacionadas con la prevención, tratamiento y observación ulterior se llevan a cabo mejor en el ámbito de la atención primaria.
3. En la medida necesaria, los programas de reducción de la demanda deberán basarse en un enfoque integral de todas las drogas psicoactivas potencialmente nocivas. De modo que debe prestarse atención no sólo a las drogas ilícitas, sino también al alcohol y el tabaco, las drogas psicoactivas medicinales y los disolventes volátiles para asegurar que la reducción de los problemas de salud causados por el uso de drogas ilícitas no quede neutralizada por el incremento de problemas causados por el uso de otras drogas. El Comité recomendó que la OMS obtenga y disemine información en esta área.
4. Se fomentará la colaboración intersectorial. Los sectores participantes variarán de un país a otro, pero probablemente comprenderán organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y la comunidad misma. Para alcanzar los objetivos políticos en esta área se requerirá también que haya colaboración entre los sectores de la salud y de otras áreas, así como entre el sector público y el privado. La OMS deberá llamar la atención hacia las actividades intersectoriales en colaboración que han tenido éxito y podrían servir de modelo.

## 9.2 Definiciones y uso de términos

Se estudiará la relación entre los términos y definiciones empleados en las convenciones y procedimientos internacionales de fiscalización de drogas y los términos y conceptos empleados actualmente en salud pública. La información obtenida se utilizará en la revisión de las especificaciones para tener los datos necesarios para la reglamentación de drogas en virtud de las convenciones internacionales.

## 9.3 Promoción de la salud y prevención del uso de drogas y de los problemas relacionados con las drogas

1. El Comité observó que se han publicado numerosos informes en los que se evalúan los efectos de determinados programas o intervenciones encaminados a prevenir el uso de drogas y los problemas relacionados con éstas. Esa información deberá ser tenida en cuenta en la formulación de políticas gubernamentales sobre el alcohol, el tabaco y otras drogas psicoactivas. Las organizaciones no gubernamentales desempeñan un papel crucial en la elaboración de esas políticas y tenderán a adquirir importancia creciente en muchos países a medida que se vaya reduciendo el tamaño del sector público de salud. En muchas partes del mundo estas organizaciones cuentan con mayor participación del público a raíz de la orientación comunitaria de las actividades de prevención de problemas relacionados con las drogas. El Comité recomendó, por tanto, que la OMS colabore con esas organizaciones para facilitarles la comprensión de las estrategias eficaces para prevenir el uso de drogas y los problemas relacionados con éstas y su posible función en la elaboración de políticas.
2. El Comité reconoció que la promoción de alcohol y tabaco es una cuestión que causa considerable preocupación y que probablemente contribuya a reducir la eficacia de los esfuerzos por prevenir los problemas relacionados con el uso de estas drogas. Las cadenas internacionales en expansión de los medios de difusión pública dificultan los intentos de control de esa promoción en el plano nacional. El Comité recomendó, sin embargo, que los Estados Miembros consideren la prohibición de esa publicidad, especialmente en la radio y la televisión y en el cine. El Comité recomendó, además, que la OMS establezca enlace con otras importantes organizaciones internacionales para asegurar que se preste consideración adecuada a las consecuencias para la salud de la publicidad y a las distintas maneras de transmitir mensajes referentes a la salud en el ámbito internacional.

## 9.4 Servicios de tratamiento

1. La OMS deberá asistir a los Estados Miembros para que refuercen sus respectivos servicios de tratamiento de usuarios de drogas. En esos servicios el tratamiento se considerará como un largo proceso en el que se busca motivar, capacitar o facultar al individuo interesado para que éste aborde de manera constructiva sus propios problemas.
2. La OMS deberá fomentar la preparación de programas de tratamiento que

respondan a toda la variedad de necesidades de los distintos usuarios de drogas y sus respectivas familias.

3. Los servicios de tratamiento para usuarios de drogas pueden existir y funcionar debidamente sólo dentro del contexto de una comunidad. Esos servicios tienen que informar a la comunidad acerca del tratamiento que se ofrece y qué se busca lograr a fin de incitar a los usuarios de drogas a buscar ayuda y eliminar el estigma asociado al tratamiento. También deberán asistir en la reintegración y rehabilitación de los usuarios de drogas dentro de la comunidad. Si bien los servicios de tratamiento estarán basados en la atención primaria, también deberán colaborar con otros servicios y asociaciones de autoayuda, servicios médicos y psiquiátricos generales y servicios especializados orientados hacia la comunidad. El Comité recomendó que se realicen más estudios de experiencias de este tipo de respuesta integrada de atención de salud respecto de los problemas relacionados con las drogas.
4. La OMS deberá ayudar a los Estados Miembros a crear servicios de tratamiento que puedan reducir la transmisión del VIH a través del uso en común de agujas o las relaciones sexuales entre los usuarios de drogas. El Comité tuvo en cuenta las sensibilidades culturales en juego, pero dadas la índole y la magnitud de los peligros que amenazan a los usuarios de drogas, sus compañeros y, en el caso de las mujeres embarazadas, a sus hijos por nacer, instó a que la OMS aliente los debates francos y una actitud flexible al tratarse estos problemas. El Comité recomendó el tratamiento con metadona por vía oral cuando se considere apropiado. Basándose en los datos actuales consideró, por otra parte, que no deberá recomendarse la prescripción de drogas inyectables para el tratamiento de problemas relacionados con las drogas.

## 9.5 Capacitación

1. La OMS deberá considerar la formulación de pautas para mantener al corriente a los funcionarios gubernamentales y los administradores de servicios de salud sobre las cuestiones sociales y culturales más amplias involucradas en el suministro y demanda de drogas que causan dependencia, y sobre las dificultades relacionadas con el tratamiento de individuos farmacodependientes. Dichas pautas deberán ayudar a que esos funcionarios cooperen con los profesionales de la salud encargados de los programas de tratamiento y rehabilitación, y podrían complementarse con capacitación adecuada.
2. La educación de los profesionales de servicios de atención de salud y de los gerentes, administradores y autoridades de salud en los aspectos referentes al uso nocivo de drogas es de importancia crucial para la elaboración y aplicación de políticas integrales de prevención y tratamiento y para la provisión de recursos. Por ejemplo, habrá que enseñar a los médicos, enfermeras y farmacéuticos el uso racional de drogas psicoactivas durante su capacitación profesional. La capacitación en el servicio también es de importancia crucial en la fiscalización de esas drogas, pues permite

que el personal se mantenga al corriente de los cambios y novedades de las prácticas de prescripción recomendadas. Por consiguiente, el Comité recomendó que la OMS promueva las oportunidades de capacitación y la cooperación regional en la provisión de establecimientos de capacitación para todos los que trabajan en el sector salud.

3. El Comité reconoció que varias estrategias resultan eficaces para reducir los daños relacionados con las drogas. La aplicación de estas estrategias requerirá la colaboración intersectorial a fin de asegurar que todos los sectores trabajen en pos del mismo objetivo. Los agentes de salud tienen un papel crucial que desempeñar en la tarea de facilitar la comprensión de las estrategias eficaces y en alentar su aplicación por todos los sectores. Se dará, por tanto, prioridad al mejoramiento de la capacidad de ese personal para aplicar estas estrategias. La OMS también deberá promover la organización y ejecución de actividades de capacitación para agentes de salud que resulten apropiadas para las prioridades y necesidades de cada país.
4. El Comité recomendó que las técnicas de evaluación, inclusive las concernientes a la evaluación formativa, se incorporen en las actividades de capacitación de la OMS sobre prevención de problemas relacionados con las drogas a fin de mejorar la eficacia de esas actividades en función de los costos.

#### 9.6 **Fiscalización reguladora**

1. Se necesitan estudios sobre los efectos de la fiscalización internacional y nacional del uso de drogas psicoactivas en medicina. Si bien en algunos estudios se ha analizado el impacto de la fiscalización de las benzodiazepinas en virtud del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, se requiere más información para guiar las decisiones del Comité cuando se formulen a la OMS las recomendaciones referentes a las medidas internacionales de fiscalización que se aplicarán a las distintas drogas conforme a ese convenio y a la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.
2. Se requieren estudios sobre los factores determinantes de las diferencias en los niveles de consumo nacionales con fines médicos y experimentales de diversas drogas sometidas a fiscalización. Aparte de las posibles repercusiones en las políticas nacionales de fiscalización de drogas, esos estudios producirán información útil para las deliberaciones del Comité y otros organismos competentes.
3. El Comité reconoció la necesidad de que en los acuerdos comerciales regionales e internacionales se tengan más en cuenta las cuestiones relativas a la salud, incluidas las relacionadas con el uso de drogas lícitas como el alcohol y el tabaco, y recomendó que la OMS examine estas cuestiones con las organizaciones internacionales pertinentes.

## 9.7 Investigación

1. La elaboración y aplicación de estrategias para prevenir los problemas relacionados con el uso de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas se verán facilitadas por los trabajos de investigación en colaboración que apliquen un criterio de evaluación formativa. La colaboración entre los países con experiencias semejantes de problemas relacionados con las drogas y sistemas parecidos de fiscalización de drogas tendrá más probabilidad de resultar eficaz. Los estudios llevados a cabo por varios años en los que los participantes se reúnen periódicamente y recurren a otras estrategias para intercambiar información brindarían oportunidades de capacitación a los investigadores y a los médicos que serían especialmente valiosas para los países en desarrollo.
2. El apiñamiento en las prisiones de los individuos arrestados por posesión de pequeñas cantidades de drogas sometidas a fiscalización que necesiten tratamiento para la farmacodependencia resulta costoso y raramente es eficaz. La OMS deberá promover investigaciones encaminadas a explorar la factibilidad y consecuencias de los programas que derivan a los arrestados por abuso de drogas del sistema penal al sistema de atención de salud.
3. La OMS deberá fomentar la investigación tendiente a reducir la propagación de la infección por VIH entre los usuarios de drogas a través del uso en común de agujas y otras formas arriesgadas de comportamiento. Además, cuando se encuentren procedimientos eficaces, la OMS deberá iniciar discusiones para promover su adopción donde sea necesario.
4. En muchos lugares del mundo el uso nocivo de disolventes e inhalantes por sus efectos psicoactivos es un problema cada vez mayor que se ha estado agravando a causa de haberse extendido su disponibilidad. La OMS deberá instar a los centros colaboradores y a los Estados Miembros a que inicien estudios sobre la toxicidad y potencial de dependencia de los disolventes e inhalantes y sobre los factores psicosociales y culturales que lleven al uso nocivo. Dichos estudios permitirán elaborar estrategias de prevención eficaces.
5. El Comité observó que desde 1953 la OMS no ha analizado oficialmente las consecuencias para la salud de la masticación de hojas de coca. Puesto que la utilización de hojas de coca aún es prevalente en ciertas regiones del mundo, habrá que estudiar las propiedades causantes de dependencia de la hoja de coca masticada, su función social y las consecuencias para la salud.

## 9.8 Políticas y programas nacionales

Los programas nacionales de reducción de la demanda tendrán como objetivo principal reducir al mínimo el daño relacionado con el uso de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas. El objetivo final de estos programas será prevenir todo ese daño; por otra parte, en las etapas iniciales de la ejecución de los programas el objetivo probablemente sea reducir el daño causado a la sociedad. Mientras algunos países quizá se propongan lograr la completa erradica-

ción del uso de una determinada droga, otros tal vez consideren que un objetivo semejante no es práctico, o incluso indeseable. El Comité recomendó que, para una eficacia máxima, las políticas nacionales deberán orientarse hacia objetivos explícitamente definidos de «minimización del daño», con objetivos a corto plazo y a largo plazo.

## 9.9 **Los derechos humanos y cuestiones éticas**

1. La OMS deberá examinar las cuestiones éticas y las relativas a los derechos humanos relacionadas con la situación de los usuarios de drogas, sus familias y demás posibles afectados por el uso de drogas, y estimular la adopción de decisiones sobre esas cuestiones por los Estados Miembros. Habrá que prestar especial atención a los problemas planteados por el tratamiento obligatorio, la protección de los derechos dentro del sistema penal, la protección de datos, los derechos de acceso al tratamiento y la asistencia social, la custodia de los hijos, las consecuencias de las pruebas en el lugar de trabajo para determinar el uso de drogas y la protección de los que sirven como voluntarios en las investigaciones.
2. El Comité recomendó que los administradores sanitarios y los sectores de educación sanitaria, tratamiento e investigación deberán tomar precauciones contra toda influencia indebida en sus actividades de las industrias del alcohol, tabaco y productos farmacéuticos. Los editores de revistas científicas podrían ayudar en este sentido si piden a los autores de comunicaciones científicas que se ajusten a ciertas normas para la divulgación de sus fuentes de financiamiento.

## 10. **Examen preliminar de las sustancias psicoactivas**

La evaluación de la OMS de una sustancia psicotrópica y su recomendación sobre las medidas de fiscalización internacional que se han de aplicar en virtud de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el protocolo de 1972), o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, se han llevado a cabo en los últimos años de conformidad con las orientaciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en 1986. Por decisión del Consejo Ejecutivo en enero de 1990, estas orientaciones se han revisado para considerar la experiencia adquirida, simplificar el procedimiento de evaluación y especificar claramente los criterios para la selección de sustancias que se someterán a un examen crítico. En virtud de las «Orientaciones revisadas para el examen por la OMS de las sustancias psicoactivas causantes de dependencia en relación con la fiscalización internacional» (21), la OMS no acometerá el examen crítico de una sustancia a menos que haya recibido una notificación de una de las partes de los convenios internacionales o una solicitud para que así lo haga de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, o tiene información de que la sustancia en cuestión probablemente satisface los criterios de inclusión en una de las listas de los convenios. La selección de sustancias para un examen crítico, anteriormente a cargo del Grupo de Trabajo de la OMS sobre la Planificación del Programa en virtud de las

orientaciones anteriores, se ha convertido en parte de la función del Comité de Expertos, que continuará efectuando el examen crítico. El mismo principio se aplicará a un «nuevo examen» (un segundo examen o más) de sustancias ya sometidas a fiscalización en una de las listas.

### 10.1 Procedimiento para el examen

El procedimiento para el examen definido en las orientaciones revisadas requeriría dos reuniones del Comité, una para el examen preliminar y otra para el examen crítico. Este procedimiento se aplicaría aun cuando hubiera habido notificación oficial de una de las partes de los convenios internacionales o una solicitud explícita de examen de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. El tiempo requerido para completar el examen dependería de la frecuencia con que se reúne el Comité, pero sería de 3 a 4 años como mínimo.

El Comité opinó que el examen preliminar sería innecesario si la sustancia hubiera sido oficialmente notificada por una de las partes de los convenios internacionales, o si la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas solicitara explícitamente ese examen. Pero si el examen fuera iniciado por la OMS se mantendrá un examen preliminar por el Comité. Al recomendar que las orientaciones revisadas se enmienden como corresponde, el Comité destacó que habrá que tener cuidado de dejar tiempo suficiente para que la Secretaría de la OMS recoja y consolide la información necesaria para un examen crítico. También deberá dejarse tiempo adecuado para que la Secretaría notifique a las partes interesadas y recoja sus comentarios.

### 10.2 Examen preliminar de cada sustancia<sup>1,2</sup>

Con anterioridad a la reunión del Comité de Expertos, la Secretaría de la OMS llevó a cabo una evaluación preliminar de diez sustancias que ha de examinar el Comité y compiló información pertinente acerca de las sustancias en un documento sobre el examen preliminar. La evaluación del Comité de esas sustancias se basa en los criterios presentados en las orientaciones revisadas (21).

#### 10.2.1 *Aminorex (DCI)*

Nombre químico: 2-amino-5-fenil-2-oxazolina (como en la lista de DCI); 4,5-dihidro-5-fenil-2-oxazolamina.

##### *Examen previo*

Se consideró, pero no se aceptó su inclusión en las listas originales del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

<sup>1</sup> En esta sección se emplea el término abuso de drogas por ser parte del lenguaje de las convenciones internacionales.

<sup>2</sup> De existir, siempre se da la denominación común internacional (DCI) junto con el nombre químico de la sustancia contenida en la lista de DCI publicada en *Crónica de la OMS* (hasta fines de 1986) y, desde 1987, en *Información Farmacéutica OMS*.

### *Conclusión*

El aminorex es química y farmacológicamente parecido al 4-metil-aminorex, que está incluido en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. En base a esta información y los informes sobre tráfico ilícito y abuso de aminorex en los Estados Unidos de América, el Comité recomendó que se efectúe el examen crítico de la droga.

#### 10.2.2 ***Brotizolam (DCI)***

Nombre químico: 2-bromo-4-(*o*-clorofenil)-9-metil-6*H*-tieno [3,2-*f*]triazolo[4,3-*a*][1,4]diazepina (como en la lista de DCI).

### *Examen previo*

El brotizolam se analizó en las 26<sup>a</sup> y 27<sup>a</sup> reuniones del Comité, que no recomendó su inclusión en las listas (16, 17).

### *Conclusión*

Pese a que el perfil farmacológico, los datos de los estudios de dependencia en animales y la experiencia clínica indican que el brotizolam posee un apreciable potencial de dependencia, en la 27<sup>a</sup> reunión del Comité no se recomendó su inclusión en las listas porque en ese entonces no existían pruebas de abuso real (17). Datos más recientes indican que en 1990 se registró abuso de brotizolam entre estudiantes secundarios de Hong Kong, y la información de INTERPOL también ha confirmado abuso de esta droga en Bélgica. Se han notificado dos casos de abuso de brotizolam en Alemania. Basándose en estos informes de abuso real de brotizolam y en los datos referentes a su potencial de dependencia, el Comité recomendó su examen crítico.

#### 10.2.3 ***Hojas de coca***

### *Examen previo*

La masticación de hojas de coca se examinó en las tercera y cuarta reuniones del Comité, que concluyó que era una forma de «adicción» (22, 23). El documento de referencia utilizado para esta evaluación fue el informe de las Naciones Unidas titulado United Nations Report of the Commission of Enquiry on the Coca Leaf (24), basado en un estudio realizado en 1949-1950. Desde entonces la OMS no ha efectuado una evaluación oficial de la masticación de hojas de coca.

### *Fiscalización internacional*

La hoja de coca, así como la cocaína y la ecgonina y sus ésteres y derivados están actualmente sometidos a fiscalización en virtud de la Lista I de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961. La Convención estipuló que la masticación de hojas de coca fuera abolida en un plazo de 25 años a partir de la entrada en vigencia de la Convención (o sea, para diciembre de 1989).

### *Conclusión*

Pese al objetivo de dejar «abolida» la masticación de hojas de coca para diciembre de 1989, este uso tradicional de las hojas de coca es todavía prevalente en ciertas partes del mundo. El Comité opinó que la hoja de coca está

debidamente incluida en las listas en virtud de la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, puesto que la cocaína se extrae fácilmente de la hoja. El Comité no recomendó el examen crítico de la hoja de coca.

#### 10.2.4 **Etriptamina (DCI) o $\alpha$ -etiltriptamina**

Nombre químico: 3-(2-aminobutil)indol (como en la lista de DCI);  $\alpha$ -etil-1*H*-indol-3-etanamina.

##### *Examen previo*

La etriptamina no ha sido examinada por la OMS.

##### *Conclusión*

La etriptamina es químicamente parecida a las triptaminas alucinógenas incluidas en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Un estudio con animales y las observaciones clínicas indican que en dosis altas la etriptamina también produce efectos alucinógenos. Basándose en esta similitud farmacológica y en las comunicaciones sobre su abuso en los Estados Unidos de América, el Comité recomendó el examen crítico de la etriptamina.

#### 10.2.5 **Flunitrazepam (DCI)**

Nombre químico: 5-(*o*-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona (como en la lista de DCI).

##### *Examen previo y fiscalización internacional*

El flunitrazepam está actualmente sometido a fiscalización en virtud de la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Se lo examinó en la 27ª reunión del Comité de Expertos (17), el cual recomendó que la OMS continúe la vigilancia de esta droga para determinar si merece someterse a un examen crítico para su posible reinclusión en las listas.

##### *Conclusión*

El perfil farmacológico, los datos de los estudios sobre la dependencia en animales y la experiencia clínica indican que el flunitrazepam tiene un apreciable potencial de dependencia. Además, cuando se ajusta al nivel de producción, el número de comunicaciones de actividades ilícitas relacionadas con el flunitrazepam es mayor que las referentes a cualquier otra benzodiazepina. Basándose en los datos relativos a actividades ilícitas, el Comité recomendó el examen crítico del flunitrazepam.

#### 10.2.6 **Mesocarb (DCI)**

Nombre químico: 3-( $\alpha$ -metilfenetil)-*N*-(fenilcarbamoil)sidnona imina (como en la lista de DCI).

##### *Examen previo*

El mesocarb no ha sido examinado por la OMS.

##### *Conclusión*

El mesocarb es químicamente similar a la fenetilina (que actualmente está

sometida a fiscalización en virtud de la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971) pues contiene un grupo anfetamina. Aunque no existen datos de estudios con animales ni datos clínicos sobre el potencial de dependencia del mesocarb, se lo ha detectado en pruebas de detección de drogas en atletas participantes en los recientes juegos olímpicos. La información procedente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes también indica que el mesocarb ha sido objeto de abuso en Africa. El Comité observó que se proyectaban estudios para evaluar la probabilidad de abuso de mesocarb teniendo en cuenta que es farmacológicamente similar a las drogas estimulantes ya sometidas a fiscalización en virtud del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, y recomendó que se realice un examen crítico si en esas pruebas se obtienen resultados positivos.

#### 10.2.7 **Metcatinona**

Nombre químico: 2-metilamino-1-fenilpropanona.

##### *Examen previo*

La metcatinona no ha sido examinada por la OMS.

##### *Conclusión*

Si bien la estructura química y la actividad farmacológica de la metcatinona son similares a las de la catinona y las anfetaminas (sometidas a fiscalización en virtud de la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971), no existen datos sobre su potencial de dependencia en animales o sujetos humanos ni sobre su abuso real. En consecuencia, el Comité no recomendó que la metcatinona se someta a un examen crítico.

#### 10.2.8 **Tramadol (DCI)**

Nombre químico: ( $\pm$ )-*trans*-2-[(dimetilamino)metil]-1-(*m*-metoxifenil)ciclohexanol (como en la lista de DCI).

##### *Examen previo*

El tramadol no ha sido examinado por la OMS.

##### *Conclusión*

El tramadol es un analgésico opioide sintético de acción prolongada que raramente ha estado relacionado con el desarrollo de tolerancia. La nalorfina antagoniza su efecto analgésico. En usuarios de drogas no dependientes que estaban tomando opioides con fines no médicos, el tramadol administrado por vía intramuscular en dosis de 75 mg y 150 mg no difería de un placebo, aunque una dosis de 300 mg producía un efecto similar al de los opioides. No obstante, la dosis más alta de tramadol no produjo efectos apreciables de «agrado», efectos en la escala del grupo de la morfina y la benzedrina (GMB), o miosis, y no se ha comunicado ningún abuso importante. Basándose en su baja posibilidad de abuso, el Comité no recomendó que el tramadol se someta a un examen crítico.

### 10.2.9 **Triazolam (DCI)**

Nombre químico: 8-cloro-6-(*o*-clorofenil)-1-metil-4*H*-*s*-triazolo-[4,3-*a*]-[1,4]benzodiazepina (como en la lista de DCI).

#### *Examen previo y fiscalización actual*

El triazolam está actualmente sometido a fiscalización de acuerdo con la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Se lo examinó en la 27ª reunión del Comité de Expertos (17), el cual no recomendó la inclusión de esta sustancia en la lista.

#### *Conclusión*

El perfil farmacológico, los datos de los estudios de dependencia en animales y la experiencia clínica indican que el triazolam tiene considerable potencial de dependencia. Ha habido numerosas comunicaciones clínicas de reacciones mentales adversas al triazolam. Estas comunicaciones están ahora estudiándose para volver a evaluar la relación entre los beneficios y el riesgo del triazolam en comparación con la de otras benzodiazepinas. El Comité recomendó que se efectúe un examen crítico si estos estudios indican que el triazolam tiene una utilidad terapéutica menor de la considerada anteriormente.

### 10.2.10 **Zipeprol (DCI)**

Nombre químico:  $\alpha$ -( $\alpha$ -metoxibenzil)-4-( $\beta$ -metoxifenetil)-1-piperazineetanol (como en la lista de DCI).

#### *Examen previo*

El zipeprol no ha sido examinado por la OMS.

#### *Conclusión*

El zipeprol es un antitusivo que posee actividad broncoespasmolítica y mucolítica. Si bien no se han encontrado pruebas de potencial de dependencia en estudios con animales, los datos clínicos y las comunicaciones de abuso real indican que la droga tiene algunos efectos opioides. Basándose en las comunicaciones de su abuso real en Italia y, más recientemente, en el sur de Francia, así como en la información acerca de las consecuencias para la salud del uso de esta droga, el Comité recomendó que el zipeprol se someta a un examen crítico.

## **Nota de agradecimiento**

El Comité de Expertos desea agradecer las contribuciones de los siguientes miembros del personal de la OMS en Ginebra: Dr. J. Idänpään-Heikkilä, División de Gestión y Políticas Farmacéuticas, y Sra. N. Teoh, Cáncer y Atención Paliativa.

El Comité también desea agradecer a todos los que colaboraron en la preparación de los documentos de trabajo para la reunión.

## Referencias

1. *Comité de Expertos en Drogas que Engendran Hábito, Primer informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1949 (Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, N° 19).
2. *Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas, 13° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1964 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 273).
3. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 20° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1974 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 551).
4. *Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 650).
5. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10), décima revisión*. Volumen 1: lista tabular. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).
6. **Edwards, G. et al.** *Alcohol-related disabilities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1977 (OMS, Publicación en Offset, N° 32).
7. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 16° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1969 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 407).
8. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, MEDITOR, 1992.
9. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid, MEDITOR, 1994.
10. *Octavo Programa General de Trabajo para el periodo 1990-1995*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987.
11. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 21° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 618).
12. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 22° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 729).
13. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 23° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 741).
14. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 24° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 761).
15. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 25° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 775).
16. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 26° informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 787).

17. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 27º informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 808).
18. *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 804).
19. **Twycross, R. G. y Lack, S. A.** *Oral morphine in advanced cancer*. Beaconsfield, Beaconsfield Publishers, 1984.
20. *United Nations action in the field of human rights*. Nueva York, Naciones Unidas, 1993.
21. Orientaciones revisadas para el examen por la OMS de las sustancias psicoactivas causantes de dependencia en relación con la fiscalización internacional. En: *Consejo Ejecutivo, 85º reunión, Ginebra, 15-24 de enero de 1990: resoluciones y decisiones; anexos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990, Anexo 7 (documento EB85/1990/REC/1; puede obtenerse solicitándolo a Distribución y Ventas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
22. *Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction, Third report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1952 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 57).
23. *Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction. Fifth report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1954 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 76).
24. *Economic and Social Council. Official Records. Fifth year: twelfth session. Special supplement No. 1. Report of the Commission of Enquiry on the Coca Leaf, May 1950*. Nueva York, Naciones Unidas, 1950 (Documento E/1666-E/CN.7/AC.2/1).

## Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos

*Informes recientes:*

N°		Fr. s.*
814	(1991) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 41° informe (vi + 78 páginas)	11,-
815	(1991) <b>Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos</b> 38° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (vi + 67 páginas)	9,-
816	(1992) <b>Enfermedades reumáticas</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (viii + 63 páginas)	10,-
817	(1992) <b>Anticonceptivos orales y neoplasia</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (vi + 48 páginas)	9,-
818	(1992) <b>Resistencia de vectores de enfermedades a los plaguicidas</b> 15° informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (vi + 63 páginas)	10,-
819	(1992) <b>El hospital en distritos rurales y urbanos</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos (viii + 77 páginas)	12,-
820	(1992) <b>Adelantos recientes en materia de concepción con ayuda médica</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (viii + 111 páginas)	15,-
821	(1992) <b>Filariasis linfática: la enfermedad y los métodos de lucha</b> Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS en Filariasis (vi + 75 páginas)	10,-
822	(1992) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 42° informe (vi + 85 páginas)	12,-
823	(1992) <b>Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas</b> 32° informe (vi + 138 páginas)	17,-
824	(1992) <b>Comité de Expertos de la OMS sobre Rabia</b> Octavo informe (vi + 88 páginas)	12,-
825	(1992) <b>Uso de medicamentos esenciales. Lista modelo de medicamentos esenciales (séptima lista)</b> Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS (iv + 81 páginas)	10,-
826	(1992) <b>Avances recientes en salud bucodental</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (vi + 39 páginas)	7,-
827	(1992) <b>La función de los centros de salud en el desarrollo de los sistemas urbanos de salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre Atención Primaria de Salud en las Zonas Urbanas (iv + 41 páginas)	7,-
828	(1992) <b>Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y sustancias tóxicas naturales</b> 39° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (viii + 50 páginas)	9,-
829	(1993) <b>Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (vi + 79 páginas)	10,-
830	(1993) <b>Control de la esquistosomiasis</b> Segundo informe del Comité de Expertos de la OMS (viii + 93 páginas)	12,-
831	(1993) <b>Rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (en prensa)	17,-
832	(1993) <b>Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos</b> 40° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (vi + 64 páginas)	10,-

\* Para los países en desarrollo se aplicarán precios equivalentes al 70% de los que figuran en esta lista.