



Consejo Económico y Social

Distr. GENERAL

E/CN.7/1997/7

21 de enero de 1997

ESPAÑOL

Original: INGLÉS

COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES

40º período de sesiones

Viena, 18 a 27 de marzo de 1997

Tema 10 del programa provisional*

EFFECTOS SOBRE LOS INDIVIDUOS, LA SOCIEDAD Y LA FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL
DE DROGAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE
ESTUPEFACIENTES A LOS TOXICÓMANOS

Informe de la Secretaría

Resumen

En la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 se reconoce que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin, reconociéndose también que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña consecuencias sociales y económicas negativas para la sociedad. Las Partes en la Convención de 1961 están obligadas a tomar las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias, entre otras cosas, para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos. Los convenios y convenciones en materia de fiscalización internacional de drogas no contienen ninguna definición de la expresión “fines médicos y científicos”. Ya que cada una de las Partes en los convenios y convenciones debe promulgar sus propias leyes de ejecución, es posible que los Estados lleguen a conclusiones diferentes con respecto a qué son los fines científicos y médicos legítimos. Un cuadro panorámico de las prácticas actuales en materia de prescripción de estupefacientes en diferentes países muestra que esas drogas se recetan para abordar el problema a largo plazo de la toxicomanía crónica y responder a un pronunciado aumento de la utilización de drogas inyectables. La metadona es la droga más comúnmente recetada. En algunos Estados, recetar metadona resulta eficaz para modificar el comportamiento de los toxicómanos. Otros ponen en duda su eficacia o se concentran en políticas destinadas a influir en el comportamiento de las personas, de modo que no hagan un uso indebido de drogas. Solamente en unos cuantos Estados se receta heroína a los toxicómanos.

* E/CN.7/1997/1.

ÍNDICE

	Párrafos	Página
INTRODUCCIÓN	1-2	3
I. LA EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES Y LOS ESFUERZOS INTERNACIONALES DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS	3-14	3
A. Antecedentes históricos	3-5	3
B. Medidas de fiscalización requeridas con arreglo a los convenios y convenciones internacionales en materia de fiscalización de drogas	6-14	4
II. OPINIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE EL CONSUMO DE HEROÍNA CON FINES MÉDICOS Y SU SUMINISTRO CONTROLADO A LOS TOXICÓMANOS	15-16	6
III. POSICIÓN DE LA JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES ACERCA DE LA DISTRIBUCIÓN CONTROLADA DE HEROÍNA A LOS TOXICÓMANOS	17-18	6
IV. PRÁCTICAS EN MATERIA DE PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES ...	19-48	7
A. Visión general de las prácticas en materia de prescripción de estupefacientes a los toxicómanos	19-41	7
B. Efectos notificados de la prescripción de estupefacientes a los toxicómanos ...	42-48	11
Cuadro. Número de toxicómanos a los que se prestaron servicios con programas de prescripción de estupefacientes		10

INTRODUCCIÓN

1. La Comisión de Estupefacientes, en su 38º período de sesiones, aprobó la resolución 1 (XXXVIII), de 23 de marzo de 1995, relativa a la prohibición del consumo de heroína. En esa resolución, la Comisión recordó sus resoluciones 5 (S-V), de 23 de febrero de 1978, y 2 (XXXII), de 11 de febrero de 1987, en que había instado o enérgicamente a los gobiernos a prohibir el consumo de heroína por los seres humanos. La Comisión, consciente del apoyo cada vez mayor que suscitaban el uso de heroína con fines no terapéuticos y su suministro controlado a los toxicómanos, pidió al Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) que recabara la opinión de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre esta cuestión, para que la Comisión pudiera examinarla en su 39º período de sesiones.
2. En el 39º período de sesiones, el Presidente de la Junta formuló una declaración sobre el tema. La OMS informó a la Comisión de que, previo examen por su Comité de expertos en farmacodependencia, presentaría a la Comisión su opinión sobre el asunto en un futuro período de sesiones. La Comisión decidió incluir en el programa de su 40º período de sesiones un tema relativo a los efectos sobre los individuos, la sociedad y la fiscalización internacional de drogas de la prescripción de estupefacientes a los toxicómanos y pidió un informe a la Secretaría sobre la cuestión. Con el presente informe se responde a esa petición.

I. LA EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES Y LOS ESFUERZOS INTERNACIONALES DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS

A. Antecedentes históricos

3. A fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, hubo una creciente toma de conciencia de los peligros vinculados con los estupefacientes que anteriormente se habían utilizado ampliamente para mitigar el dolor, e n particular los preparados a base de opio. En aquel entonces, muchos países empezaron a restringir la distribución de esas drogas, a la vez que permitían su uso con fines médicos y científicos. En 1909, 13 países establecieron una Comisión del Opio, que condujo a la concertación de una Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya el 23 de enero de 1912. Posteriormente, la Sociedad de las Naciones estableció un Comité Consultivo sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas nocivas para que brindara asesoramiento acerca de cuestiones relativas al tráfico de drogas y elaborara normas internacionales al respecto. La Convención Internacional del Opio firmada en Ginebra el 19 de febrero de 1925 fortaleció la supervisión del comercio de estupefacientes. La Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931, complementó las disposiciones de las convenciones anteriores. Las Partes en la Convención de 1931 convinieron en que solamente una cantidad limitada de drogas se fabricaría en sus respectivos países o se importaría a ellos.
4. Las Naciones Unidas fueron fundadas después de la Segunda Guerra Mundial y se las autorizó a que ejercieran las funciones que anteriormente había desempeñado la Sociedad de las Naciones en relación con los tratados de estupefacientes. En el primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Consejo Económico y Social creó la Comisión de Estupefacientes para sustituir al Comité Consultivo sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas Nocivas de la Sociedad de las Naciones.
5. Con la Convención Única de Estupefacientes¹, de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972², se tuvo el propósito de unificar los tratados multilaterales ya existentes en materia de fiscalización de estupefacientes y simplificar el mecanismo internacional de fiscalización. En virtud de la Convención de 1961 el Comité Central Permanente del Opio y el Órgano de Fiscalización de Estupefacientes se fusionaron en un solo organismo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Además de la Convención de 1961, los demás instrumentos de

fiscalización de drogas actualmente en vigor son el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971³ y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988⁴.

B. Medidas de fiscalización requeridas con arreglo a los convenios y convenciones internacionales en materia de fiscalización de drogas

6. La política de permitir el uso de estupefacientes para satisfacer necesidades médicas y científicas, y prevenir al mismo tiempo su utilización perjudicial, figura en el preámbulo de la Convención de 1961, que reza así:

“Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin,

Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad,

Conscientes de su obligación de prevenir y combatir ese mal,

...

Deseando concertar una Convención internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos . . .”

7. La heroína (diacetilmorfina) figura en las Listas I y IV de la Convención de 1961 y está sujeta a todas las medidas de fiscalización que se aplican a las drogas con arreglo a esa Convención. Las características principales del régimen son las siguientes: la limitación a fines médicos y científicos de todas las facetas del comercio de estupefacientes (incluidos la fabricación y el comercio nacional e internacional de drogas) y de la posesión y el uso de drogas; la obligación de que los gobiernos autoricen el comercio legítimo de estupefacientes en sus países y exijan una autorización concreta para determinadas transacciones internacionales; un registro detallado; la exigencia de recetas médicas para el suministro o el despacho a los particulares de drogas sujetas a fiscalización; y un sistema para limitar a la necesaria con fines médicos y científicos la cantidad de drogas fabricada o importada disponible en cada país.

8. Además, las Partes en la Convención de 1961 deben adoptar toda las medidas especiales de fiscalización de las drogas enumeradas en la Lista IV que juzguen necesarias en vista de las propiedades particularmente peligrosas de esas drogas (inciso a) del párrafo 5 del artículo 2). El inciso b) del párrafo 5 del artículo 2 dispone también lo siguiente:

“Las Partes prohibirán la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea este el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con dichos estupefacientes que se realicen bajo la vigilancia y fiscalización de la Parte o estén sujetos a su vigilancia y fiscalización directas.”

9. Esas medidas especiales para proteger la salud y el bienestar públicos podrían consistir, por ejemplo, en la obligación de que los fabricantes señalen a la atención de los médicos las propiedades peligrosas de las drogas, restricciones a su uso terapéutico o medidas de prohibición. Cada una de las Partes sólo está obligada a aplicar esas medidas especiales si las considera necesarias. En general, las otras Partes no podrían poner en tela de juicio su opinión a este respecto, pero la disposición debe aplicarse de buena fe, al igual que otras disposiciones del tratado⁵. Una situación nacional en que fuera apropiado adoptar medidas de prohibición podría ser, por ejemplo, aquella en que los profesionales de la medicina administraran o recetaran drogas de la Lista IV de manera indebidamente amplia y en que otras medidas menos radicales, como las advertencias de las autoridades públicas, hubieran resultado ineficaces. En el párrafo 5 del artículo 2 la prohibición se deja a juicio de cada una de las Partes, aunque, teóricamente, no a su discreción.

10. El que la prohibición de las drogas nocivas de la Lista IV, incluida la heroína, fuera obligatoria o sólo fuera recomendada fue una cuestión polémica en la Conferencia de las Naciones Unidas para la Aprobación de una Convención Única sobre Estupefacientes, que se celebró en Nueva York del 24 de enero al 25 de marzo de 1961, como lo había sido con respecto a anteriores tratados de fiscalización de drogas. Ya en 1923, una propuesta de abolir el uso de la heroína se hizo en el Comité Consultivo sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas Nocivas de la Sociedad de las Naciones. Propuestas análogas se formularon también, pero no se aprobaron, en las conferencias celebradas en Ginebra en 1924-1925 y 1931, en las que se aprobaron las Convenciones de 1925 y 1931, respectivamente, a las que se hace referencia en el párrafo 3 supra. La Conferencia de 1931, a modo de transacción, incluyó el artículo 10 en la Convención de 1931, a fin de imponer un régimen particularmente restrictivo al comercio internacional de heroína. En virtud de esa disposición se prohibieron las exportaciones de diacetilmorfina y de sus preparados, excepto para los envíos a un país que no fabricase el estupefaciente y solamente en las cantidades que fueran necesarias para las necesidades médicas y científicas del país importador. La Conferencia también aprobó una recomendación (VI) en el sentido de que cada gobierno examinara, conjuntamente con los profesionales de la medicina, la posibilidad de abolir o restringir el uso de la heroína⁶.

11. Entre otras medidas de fiscalización impuestas por la Convención de 1961 figura el artículo 4, en virtud del cual las partes deben adoptar todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias, entre otras cosas, para limitar exclusivamente a los fines médicos y científicos la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes.

12. Además, en cumplimiento de la Convención de 1961, la Junta, como parte de sus funciones, administra un sistema de previsiones, por el cual el cultivo, la producción, la fabricación, el comercio y la distribución de estupefacientes se limitan a una cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos, y asegura su disponibilidad para tales fines.

13. Las disposiciones de la Convención de 1988 deben tenerse en cuenta en relación con las de la Convención de 1961 y el Convenio de 1971. Cada una de las partes en la Convención de 1988 tiene la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales determinados actos en su derecho interno. Entre otras cosas, esos delitos se relacionan con actos que están prohibidos por la Convención de 1961 y el Convenio de 1971, como la fabricación, distribución o venta ilícitas de cualquier estupefaciente o sustancia sicotrópica. Ya que en la Convención de 1961 se permiten claramente el suministro y el uso autorizado de drogas, incluida la heroína, con fines médicos o científicos, en la Convención de 1988 también se permiten con esos fines.

14. Los convenios y convenciones de fiscalización internacional de drogas no contienen ninguna definición de la expresión "fines médicos y científicos". Ya que cada una de las Partes en los convenios y convenciones debe promulgar sus propias leyes de ejecución aplicadas, es posible que los Estados lleguen a conclusiones diferentes respecto de qué son fines científicos y médicos legítimos. Por ejemplo, la expedición de recetas de heroína y morfina a los toxicómanos por médicos está permitida en un reducido número de países como parte de los programas de

tratamiento o de mantenimiento, así como con fines de investigación, mientras que en otros países está prohibida. Además, en muchos países se utiliza la morfina para aliviar el dolor en el caso de los enfermos en fase terminal; la heroína se utiliza en muy pocos países.

II. OPINIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE EL CONSUMO DE HEROÍNA CON FINES MÉDICOS Y SU SUMINISTRO CONTROLADO A LOS TOXICÓMANOS

15. En mayo de 1953, la Sexta Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA6.14) sobre la diacetilmorfina (heroína). La Asamblea, convencida de que la heroína no era irremplazable en la práctica de la medicina, recomendó que los Estados Miembros que no lo hubieran hecho todavía prohibieran la importación y la fabricación de esa droga. Además, la Asamblea recomendó que se emprendieran campañas para convencer a la clase médica y a los gobiernos de que la heroína no era irremplazable en la práctica de la medicina.

16. La Convención, en su resolución 1 (XXXVIII) pidió al Director Ejecutivo que recabara la opinión de la OMS acerca del apoyo cada vez mayor que suscitaba el uso de la heroína con fines no terapéuticos y su suministro controlado a los toxicómanos. En la petición oficial del PNUFID a la OMS de una opinión se aclaró que la OMS debía también suministrar una opinión acerca de si el suministro controlado de heroína a los toxicómanos podía considerarse un uso de la sustancia con fines médicos. El Director General de la OMS presentó esas cuestiones al Comité de Expertos en farmacodependencia en su 30ª sesión, celebrada del 14 al 18 de octubre de 1996, para que opinara al respecto. El Comité presentó su opinión al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1997, pero no se disponía todavía oficialmente de la opinión de la OMS cuando se preparó el presente informe. Toda comunicación oficial sobre el asunto que se reciba de la OMS se señalará a la atención de la Comisión en una adición al presente informe.

III. POSICIÓN DE LA JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES ACERCA DE LA DISTRIBUCIÓN CONTROLADA DE HEROÍNA A LOS TOXICÓMANOS

17. En cumplimiento de la resolución 1 (XXVIII) de la Comisión, el Presidente de la Junta formuló una declaración ante la Comisión en su 39º período de sesiones. El Presidente de la Junta dijo que el sistema internacional de fiscalización de drogas había evolucionado, con el criterio compartido de que la disponibilidad libre e irrestricta de estupefacientes para las personas con fines no terapéuticos conducía a su uso indebido generalizado con graves consecuencias para la salud pública. La determinación de limitar su uso solamente a fines médicos y científicos parecía debilitarse en algunos países, y la proliferación de actitudes radicalmente liberales y la legitimación del consumo de drogas con fines no terapéuticos con el argumento de la minimización de los perjuicios no era justificable. Arguyó que, aunque pudiera demostrarse una reducción de los daños para las personas en determinadas circunstancias, el daño que causara esa política a la sociedad en su conjunto podía ser muy importante.

18. El Presidente de la Junta señaló que el aumento de los experimentos clínicos o los planes de tratamiento que entrañaban el uso de heroína representaba un peligro para el sistema internacional de fiscalización de drogas, en el sentido de que quienes apoyaban la legalización se aprovechaban de los experimentos para lograr sus propios objetivos. Añadió que ningún gobierno debería apoyar la proliferación de tales experimentos.

IV. PRÁCTICAS EN MATERIA DE PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

A. Visión general de las prácticas en materia de prescripción de estupefacientes a los toxicómanos

19. Para ayudar a preparar el presente capítulo del informe, el PNUFID envió un cuestionario a los Estados Miembros a fin de reunir información sobre los programas en curso, suprimidos o previstos de suministro o despacho de estupefacientes a los toxicómanos con fines de mantenimiento. Asimismo, se formularon preguntas acerca de las razones por las que se tomaba la decisión de comenzar o interrumpir esos programas, así como la decisión de no suministrar estupefacientes a los toxicómanos. En total, 61 Estados respondieron al cuestionario.

20. Veintiséis Estados y dos territorios informaron de que no contaban con programas de suministro de estupefacientes a los toxicómanos: Argentina, Azerbaiyán, Bélgica, Cabo Verde, Chad, Colombia, Cuba, Dominica, Eslovaquia, Federación de Rusia, Filipinas, Ghana, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Malvinas (Falkland), Jamaica, Japón, Líbano, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Niue, Pakistán, Qatar, República Dominicana, Santa Lucía, Tailandia, Túnez y Turquía.

21. Treinta y un Estados y un territorio informaron de que contaban con programas de suministro de estupefacientes a los toxicómanos: Alemania, Australia, Austria, Bahrein, Canadá, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Guatemala, Hong Kong, Irlanda, Islandia, Italia, Kirguistán, Letonia, Lituania, Malta, Marruecos, México, Mónaco, Noruega, Omán, Países Bajos, Panamá, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Sri Lanka, Suecia y Suiza. Además, otros 12 Estados que no respondieron al cuestionario enviado por la Secretaría informaron acerca de programas de sustitución o mantenimiento en el cuestionario relativo a sus informes anuales correspondientes a 1995: Francia, Grecia, Honduras, India, Israel, Jordania, Luxemburgo, Mauricio, Paraguay, República Checa, República de Moldova y Singapur. La metadona era la principal droga de mantenimiento. Solamente dos Estados (Suiza y el Reino Unido) suministraban heroína a los toxicómanos.

22. Respecto de los Estados que respondieron que no tenían programas de mantenimiento en que se suministraran estupefacientes a los toxicómanos, la mayoría (17) informó de que la cuestión nunca se había planteado en su territorio debido a que el problema de la adicción a los opiáceos no existía, era muy limitado o no requería atención especial. Otra razón fue que la cuestión no se consideraba prioritaria, y a que había otros problemas más apremiantes. En general, los medios de prevención y tratamiento utilizados se consideraban suficientes.

23. Otros Estados (11) no autorizaban la expedición de recetas de estupefacientes a los toxicómanos, debido a decisiones de política. Las razones que dieron fueron, entre otras: la “opción de tolerancia nula” elegida por el Gobierno (Argentina); el hecho de que “es importante lograr que la población modifique su comportamiento, de modo que no haga ningún uso indebido de drogas” (Japón); la consideración de que no era eficaz suministrar metadona y otros opiáceos, en comparación con someter a un tratamiento (Líbano); el hecho de que “recetar estupefacientes a toxicómanos resulta en un aumento del uso indebido de drogas” (Federación de Rusia); la incertidumbre acerca de las consecuencias a largo plazo de la prescripción de drogas con fines de mantenimiento; y el problema de la desviación (Sri Lanka).

24. Trece Estados informaron de que no tenían pensado aprobar programas de distribución de estupefacientes a los toxicómanos, bien porque el problema no existía o porque las necesidades y los servicios de tratamiento estaban en una fase inicial y el uso de drogas inyectables no era un problema importante (Cabo Verde, Filipinas, Jamaica y Túnez). El Líbano puso en duda los efectos de los programas y se mostró preocupado por la posibilidad de un uso indebido o una desviación de los estupefacientes que se recetaran.

25. Alemania, aunque informó acerca de un programa de metadona en curso, señaló que no se habían cumplido los requisitos previstos por la ley para recetar y distribuir heroína a un grupo seleccionado de toxicómanos, debido a que esos proyectos no satisfacían un “interés público”. En cambio, en 1996, los Países Bajos decidieron en principio iniciar experimentos de pequeña escala para suministrar heroína “con fines estrictamente médicos a

toxicómanos gravemente enfermos cuyo estado físico y situación social no permiten abrigar ninguna esperanza”.

26. Un número reducido de países informó de que estudiaba la posibilidad de introducir programas de metadona (Eslovaquia y Turquía). Además, el Pakistán informó de que estudiaba la posibilidad de vender estupefacientes y sustancias sicotrópicas recetadas por médicos autorizados. Indonesia y los Estados Federados de Micronesia podrían plantearse la posibilidad de autorizar programas de mantenimiento a fin de reducir los delitos relacionados con las drogas, si hubiera un aumento evidente del uso indebido de opiáceos (Indonesia) o si las circunstancias cambiaran en el futuro (Estados Federados de Micronesia).

27. Solamente cinco Estados (Irán (República Islámica del), Italia, Omán, los Países Bajos y Suecia) habían interrumpido sus programas de mantenimiento. La República Islámica del Irán había abolido el mantenimiento con metadona, ya que, “según la ley, la toxicomanía se considera delito”. En Italia se había autorizado la utilización experimental de morfina inyectable para el tratamiento de los adictos a los opiáceos de 1980 a 1985. La mayor parte de los toxicómanos que comenzaban un tratamiento con morfina pedía que se los pasara a un tratamiento con metadona. Italia había autorizado el jarabe de metadona para el tratamiento de los adictos a los opiáceos, pero había suprimido algunos programas de mantenimiento porque se estimaba que la existencia de programas de mantenimiento podía conducir a que se subestimase la necesidad del cese gradual del uso indebido de drogas como objetivo final del tratamiento y se descuidasen otros servicios de apoyo, como el asesoramiento psicológico, social y educativo. En 1983 se inició en Amsterdam un pequeño programa de dos años (37 pacientes) para el suministro de morfina, en el que “los toxicómanos sumamente problemáticos”, que no respondían al tratamiento con metadona recibían diariamente metadona de administración oral y morfina inyectable. El objetivo del experimento era disminuir el daño que los toxicómanos se infligían a sí mismos y cambiar su estilo de vida. Se formularon objetivos individuales con respecto a problemas somáticos y psiquiátricos o de vivienda, gestión de ingresos, distribución del tiempo diario, etc. En conjunto, el experimento de suministro de morfina mejoró la situación en lugar de deteriorarla. Sin embargo, en varios casos los progresos fueron bastante limitados. Con respecto a sus efectos en el uso de varias drogas, los análisis de orina mostraron que, si bien el consumo de heroína parecía disminuir entre los clientes, el consumo de anfetaminas, en cambio, parecía aumentar con el tiempo. El programa no tuvo efectos negativos perceptibles en otros programas de intervención en materia de drogas en Amsterdam.

28. Omán informó que se había suprimido su programa de metadona porque se lo consideró contraproducente, ya que “solamente se sustituía un estupefaciente ilegal por un estupefaciente suministrado de manera legal”. De 1965 a 1967, se recetaron legalmente estimulantes del sistema nervioso central y opiáceos (morfina) a un grupo de 156 toxicómanos en Estocolmo. La idea en que se inspiraba el experimento era limitar los efectos perjudiciales del uso indebido, tanto para la sociedad como para el propio toxicómano. Con la oferta de drogas legalmente recetadas, los toxicómanos también recibían ofertas de atención y, así, mejoraría su situación médica y social. Los médicos que participaron en el proyecto practicaban lo que se denominó una “prescripción liberal”, es decir, los pacientes elegían sus propias drogas y sus propias dosis. Una encuesta realizada mediante entrevistas y un análisis de los datos registrados mostraron que, si bien no se había producido casi ningún delito relacionado con drogas durante el experimento, otros delitos aumentaron. En realidad, el número de delitos por individuo aumentó ligeramente. Se puso fin al experimento, en parte debido a una considerable filtración de drogas legalmente recetadas al mercado ilícito.

29. En total, 44 Estados y territorios informaron de que tenían programas de mantenimiento para toxicómanos. Los países que rellenaron el cuestionario especial en que se pidió información para la preparación del presente informe (32 Estados y territorios) suministraron información más detallada.

30. Las razones que se dieron para iniciar los programas fueron diversas, pero pueden dividirse en las tres categorías principales siguientes:

a) El intenso y crónico uso indebido de drogas difundido en un segmento concreto de la población de toxicómanos. Salvo algunas excepciones, ello parece ser característico de países con una larga historia de uso indebido de drogas y de consumo de drogas inyectables (el Canadá, Dinamarca, Irlanda, Portugal, el Reino Unido

y Suiza);

b) La necesidad de hacer frente a un aumento inesperado del consumo de drogas inyectables, de las muertes relacionadas con las drogas o de la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), para lo cual los servicios de atención de la salud carecían parcial o totalmente de preparación (Bahrein, Croacia, Kirguistán, Lituania, México y Noruega);

c) El hecho de que los programas de mantenimiento se consideraran parte de la estrategia para hacer frente al uso indebido de drogas, también como resultado de la experiencia en otros países (Chipre, Eslovenia, Guatemala, Hong Kong y Letonia).

31. Otra razón mencionada fue la preocupación por la salud pública, en particular respecto de la rápida difusión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Asimismo, se indicó un aumento de la delincuencia y la violencia como factor que influía en la decisión acerca de los programas. El fracaso de los servicios de tratamiento sin drogas y el número de casos de recaídas convencieron a algunos Estados de la necesidad de suministrar estupefacientes a los toxicómanos crónicos que habían fracasado en otros programas. En algunos casos, la falta de servicios de tratamiento libres de drogas en los dispensarios hizo que los gobiernos autorizaran la prescripción de estupefacientes para hacer frente al creciente número de toxicómanos. La experiencia de otros países también influyó en la decisión de ejecutar los programas.

32. En casi todos los programas se recetaba metadona. Otras drogas recetadas eran la buprenorfina (el Reino Unido y Suiza), la codeína (Alemania y Suiza), la dihidrocodeína (Alemania), la heroína (el Reino Unido y Suiza), e l alfacetilmetadol (Portugal), la morfina (Guatemala, México y Suiza) y la petidina (Guatemala).

33. Los programas de mantenimiento con metadona habían estado en vigor durante un plazo relativamente corto en el Reino Unido y Suecia (1966) y en Suiza (1975), aun que los reglamentos para prevenir la prescripción excesiva o inapropiada o la desviación pudieran ser más recientes. Los programas de mantenimiento con metadona empezaron más tarde en Bahrein (1985) y Austria (1987). Más recientemente, se iniciaron programas de esa índole en Finlandia (1990), Croacia (1991), México (1993), Noruega (1994), Lituania (1995) y Letonia (1996).

34. Aproximadamente la mitad (15) de los Estados y territorios que suministraron detalles sobre sus programas de mantenimiento dijeron que los programas habían de continuar durante un tiempo prolongado o indefinido. Algunos dijeron que los programas formaban parte integrante de una serie de servicios de tratamiento disponibles para los toxicómanos (Dinamarca y Eslovenia) o que las investigaciones habían demostrado la eficacia del tratamiento con metadona como enfoque general (Australia y Canadá). Otros países dijeron que los programas continuarían "hasta que fuera necesario". Ciertos países informaron que los programas continuarían mientras se dispusiera de fondos (Letonia) o estuvieran pendientes decisiones legislativas o políticas (Mónaco, Kirguistán y Suiza) o una decisión científica de los expertos (Finlandia).

35. En el cuadro que figura a continuación se resumen las respuestas de los países que suministraron estadísticas acerca del número de personas sometidas a un tratamiento de mantenimiento. La mayor parte de los países suministró estadísticas acerca del número de personas que participaba actualmente, o que había participado durante un año, en los programas de mantenimiento.

Cuadro. Número de toxicómanos a los que se prestaron servicios con programas de prescripción de estupefacientes

País o territorio	Número de personas a las que se prestaron servicios
Alemania	30 000
Australia	17 356
Bahrein ^a	1 700
Canadá	3 278
Croacia ^a	1 500
Finlandia ^a	20
Guatemala ^a	4
Hong Kong	10 000
Irlanda	1 650
Kirguistán ^a	2 136
Letonia	32
Lituania	213
Malta	64
México	280
Noruega	100
Omán	50
Países Bajos	12 500
Panamá ^a	100
Portugal	1 500
Reino Unido	20 000
Suecia	475
Suiza	16 000

^a Número total de personas a las que se prestó servicios con los programas de mantenimiento desde su inicio.

36. Los criterios de admisión en los programas eran, en general, una combinación de los siguientes:

a) Toxicomanía. La grave dependencia de los opiáceos, en particular de la heroína (en Australia, las personas diagnosticadas como dependientes de los opioides debían ser examinadas por un médico autorizado para recetar metadona antes de ser declaradas aptas para el tratamiento). Las personas admitidas debían tener una historia relativamente larga de dependencia (por lo menos cuatro años de uso indebido de opiáceos por vía intravenosa para que se las admitiera en el tratamiento con metadona en Suecia; dos años de dependencia para que se las admitiera en el mantenimiento con heroína en Suiza) y uso de drogas inyectables;

b) Riesgo para la salud. Toxicómanos y toxicómanas con VIH y embarazadas;

c) Fracaso de otras opciones de tratamiento. Por ejemplo, es preciso demostrar que ha habido dos intentos fallidos para ser admitido en el programa de mantenimiento con heroína en Suiza de someterse a tratamiento o a otro programa de sustitución. Otros ejemplos son los siguientes: un fracaso demostrado en las opciones de desintoxicación a corto plazo y tratamiento sin drogas; y el incumplimiento de la obligación de guardar abstinencia;

d) Criterios administrativos y de fiscalización. La edad (mayores de 18 años en Croacia en el caso de la metadona, mayores de 21 años en Suiza en el caso de la heroína); el ingreso como pacientes en clínicas del Estado (Letonia); por petición propia y por consentimiento fundamentado; el análisis de los líquidos orgánicos para detectar otras sustancias y verificar la abstinencia (Austria, Dinamarca y México); la renuncia al permiso de conducir y el acceso a los antecedentes penales (Suiza).

37. Los procedimientos de administración varían. En algunos Estados, solamente un siquiatra autorizado, en un entorno clínico y en una situación sujeta a fiscalización, administra estupefacientes (Bahrein, Croacia, Guatemala, Noruega, Omán, Panamá y Suecia). En otros Estados y territorios, médicos generalistas u otros especialistas de la medicina autorizados recetan estupefacientes a los toxicómanos que reúnen los criterios establecidos por las autoridades competentes (Austria, Canadá, Hong Kong, Irlanda, Islandia, Letonia, Lituania, México, Mónaco, Países Bajos, Portugal y Suiza). Algunos toxicómanos también pueden obtener las drogas para autoadministrárselas, con una receta de un médico generalista (metadona en el caso del Reino Unido) que se basa en su juicio clínico.

38. En el Reino Unido se ha permitido recetar heroína a los adictos a los opiáceos desde el decenio de 1920. Tradicionalmente, el mantenimiento con heroína se definía como un tratamiento médico aceptado si los toxicómanos que no habían respondido al tratamiento podían llevar una vida relativamente normal cuando se les suministraba en forma periódica la droga. En la mayor parte de los casos, recibían periódicamente una receta de su médico de cabecera. Desde 1968, la prescripción de heroína y cocaína ha quedado legalmente limitado a los médicos especialmente autorizados para ello por el Ministerio del Interior. Mientras que actualmente unas 150 personas reciben heroína o cocaína bajo receta, más de 20.000 están sometidos a tratamiento con metadona.

39. En 1992, el Consejo de Ministros de Suiza aprobó a título experimental, durante tres años, la prescripción de estupefacientes a los toxicómanos. Los primeros proyectos se establecieron en enero de 1994, para suministrar heroína inyectable a 250 toxicómanos, morfina inyectable a 250 y metadona inyectable a 200. El diseño se ha modificado desde entonces y el número de personas que recibe heroína inyectable ha aumentado a 800. A octubre de 1996, aproximadamente 800 toxicómanos recibían heroína, 200 metadona (por vía intravenosa), unos 40 buprenorfina (por vía oral) y 39 morfina (por vía intravenosa u oral). No se suministraron cifras acerca del número de toxicómanos que recibía codeína. Además de las cifras mencionadas, unas 13.800 personas estaban inscritas en programas de metadona, administrada principalmente por vía oral.

40. Está previsto que la prescripción de heroína continúe hasta 1998 en el caso de los que se inscribieron en el programa antes de junio de 1996. La continuación del programa y la admisión de nuevos pacientes dependerán de los resultados de la evaluación final y de las decisiones del Gobierno.

41. A petición del Gobierno de Suiza y de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la OMS coordinó una evaluación de los estudios suizos sobre la prescripción de estupefacientes a los toxicómanos. Los resultados de la evaluación no estaban disponibles cuando se redactó el presente informe.

B. Efectos notificados de la prescripción de estupefacientes a los toxicómanos

42. La mayor parte de los Estados que tienen con programas de mantenimiento informó acerca de evaluaciones en curso o terminadas, pero pocos Estados han presentado informes de evaluación a la Secretaría. Los programas de mantenimiento con metadona varían según los criterios de admisión, la duración del tratamiento, la dosis, la combinación con otros tipos de tratamiento, etc. Muchos factores influyen en sus resultados, y uno de ellos, y no el menos importante, es el contexto general de salud y bienestar social en que se llevan a cabo esos programas. Por ello, los resultados de las evaluaciones que han suministrado los Estados Miembros, no son directamente comparables entre sí.

43. La aleatorización plantea problemas éticos. Que la Secretaría sepa, solamente existen unos cuantos estudios experimentales de sustitución en los que haya participado un grupo testigo que no recibe tratamiento^{7,8,9}. No se ha podido encontrar ningún estudio en el que se haya ofrecido a los toxicómanos un tratamiento de sustitución o libre de drogas mediante asignaciones aleatorias.

44. Los tres estudios experimentales muestran resultados similares: la sustitución con metadona es más eficiente que el tratamiento con placebos o la falta de tratamiento, en particular respecto de la reducción del consumo de heroína y la participación en actividades delictivas, siempre y cuando los pacientes se sometan a un tratamiento de larga duración.

45. Respecto del mantenimiento con heroína, se realizó una evaluación¹⁰ en un experimento controlado que se hizo en Londres a fines del decenio de 1970. Noventa y seis heroinómanos confirmados recibieron aleatoriamente mantenimiento con heroína o, se les rehusó el suministro de esa sustancia y, en cambio, se les suministró metadona por vía oral. Todos los pacientes fueron entrevistados antes de la aleatorización y se les hizo un seguimiento durante 12 meses.

46. Casi todos los pacientes que recibieron heroína siguieron inyectándose periódicamente. La mayor parte persistió en obtener drogas ilícitas además de las recetadas, aunque usualmente en cantidades reducidas o módicas. El uso de otras drogas, como barbitúricos y estimulantes, se modificó poco, en general. En el caso de muchos pacientes, hubo pocos cambios cualitativos en su modo de vida. La mayor parte permaneció en contacto con otros consumidores de drogas y participó en actividades relacionadas con las drogas, aunque frecuentemente con menos intensidad que antes. La mayoría siguió realizando alguna actividad delictiva, aunque menos de la mitad dependía del delito como fuente de ingresos. Si bien el alcance de las actividades delictivas decreció durante el año de prueba, la proporción de personas detenidas durante ese año fue la misma que el año anterior, cuando a esas personas no se les recetaban drogas.

47. Los pacientes a los que se rehusó suministrarles heroína tendían a polarizarse hacia los extremos en varios aspectos. Por una parte, era más probable que fueran totalmente abstinentes, o casi, mientras que, por otra parte, quienes siguieron consumiendo e inyectándose periódicamente obtenían mayores cantidades de heroína ilícita que aquellos a quienes se recetaba la sustancia. En cuanto a su conducta social, o bien dejaron de relacionarse con otros toxicómanos y cesaron en sus actividades relacionadas con las drogas, o estaban muy metidos en el mundillo de las drogas. Era más probable que los que ya no se mezclaban en ese mundillo tuvieran un empleo y mucho menos probable que dependieran de la delincuencia como importante fuente de ingresos. En el otro extremo, casi todos los pacientes que se inyectaban habitualmente, y mucho, estaban desempleados y dependían en gran parte de la delincuencia como medio de subsistencia. Su estado de salud no difería del de quienes recibían heroína.

48. De los resultados se desprende que no es probable que la prescripción legal de heroína produzca por sí misma, ningún cambio drástico en el modo de vida o la conducta social de los toxicómanos. En particular, es poco probable que elimine, si bien puede reducir en parte, las actividades delictivas de los toxicómanos, sobre todo de aquellos que empezaron a delinquir en su adolescencia y antes de hacer uso indebido de heroína.

Notas

¹ Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 520, N° 7515.

² Ibid., vol. 976, N° 14152.

³ Ibid., vol. 1019, N° 14956.

⁴ Documentos Oficiales de la Conferencia de las Naciones Unidas para la Aprobación de una Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefácientes y Sustancias Sicotrópicas, Viena, 25 de noviembre a 20 de diciembre de 1988, vol. I (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.94.XI.5).

⁵ Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefácientes (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.73.XI.1), párr. 72.

⁶ Ibid., págs. 72 y 73.

⁷ V.P. Dole et al., "Methadone treatment of randomly selected criminal addicts", New England Journal of Medicine, vol. 280, 1969, págs. 1372 a 1375.

⁸ R.G. Newman y W.B. Whitehall, "Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong", Lancet, 9 de septiembre de 1979, págs. 485 a 488.

⁹ L. Gunne y L. Grönbladh, "The Swedish methadone maintenance program: a controlled study", Drug and Alcohol Dependence, vol. 7, 1981, págs. 249 a 256.

¹⁰ Hartnoll et al., "Evaluation of heroin maintenance in controlled trial", Archives of General Psychiatry, vol. 37, agosto de 1980, págs. 877 a 884.