

Capítulo I.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda de drogas

A. Antecedentes

1. La preocupación por la salud y el bienestar de la humanidad es la piedra angular del marco de fiscalización internacional de drogas. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972⁴, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971⁵ y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988⁶, conocidos en conjunto como los tratados de fiscalización internacional de drogas, hacen mención de esa preocupación. Para asegurar la salud y el bienestar de la humanidad, los tratados obligan a los Estados partes a adoptar medidas con miras al tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas por problemas de drogas (artículo 38 de la Convención de 1961 y artículo 20 del Convenio de 1971). La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) también puso de relieve esta cuestión en su informe anual correspondiente a 2015⁷.

2. El tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, la rehabilitación y la reinserción social son algunos de los objetivos operacionales fundamentales previstos en las recomendaciones sobre la reducción de la demanda de drogas que figuran en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de

la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”⁸. En el documento final, la Asamblea General reconoció que la drogodependencia era un trastorno de la salud complejo, que se caracterizaba por su naturaleza crónica y recurrente y que se podía tratar mediante programas de tratamiento basados en datos científicos y de carácter voluntario, y exhortó a aumentar la cooperación internacional para formular e implantar iniciativas de tratamiento.

3. El consumo de sustancias psicoactivas que afectan al estado de ánimo ha estado siempre presente en las civilizaciones humanas. En ciertos contextos, o en lo que respecta a ciertas sustancias, puede llegar a adquirir un carácter patológico que debe abordarse. A lo largo de la historia de la humanidad, las sociedades han mostrado diversos grados de tolerancia, permisividad y control con respecto al uso de sustancias psicoactivas. Algunas de esas sustancias, como el tabaco y el alcohol, han sido reguladas de manera más o menos estricta en la mayoría de las sociedades. Otras sustancias se han considerado perjudiciales y, por tanto, se han sometido a un estricto control. Este es el caso de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas que son objeto de fiscalización en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

4. Independientemente del grado de control, regulación y aprobación o desaprobación social, un factor común a todas las sustancias psicoactivas, mencionadas en el

⁴Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152.

⁵*Ibid.*, vol. 1019, núm. 14956.

⁶*Ibid.*, vol. 1582, núm. 27627.

⁷E/INCB/2015/1, párr. 1.

⁸Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

presente capítulo como “drogas” para mayor brevedad, es su propensión a desembocar en trastornos derivados de su consumo, ya sea frecuente o esporádico. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas están asociados a importantes niveles de enfermedad (morbilidad) y discapacidad, suponen una carga para los recursos nacionales y causan un sufrimiento humano inmensurable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la carga mundial de morbilidad atribuible al consumo de alcohol y drogas ilícitas asciende al 5,4% de la carga total de morbilidad⁹. Concretamente, la drogodependencia representa el 0,9% de la carga mundial de morbilidad por todas las causas, que se expresa en años de vida ajustados en función de la discapacidad, y la dependencia de los opioides supone la mayor parte de esa carga¹⁰. Los vínculos entre el consumo de drogas y algunos riesgos para la salud pública, como la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea, han añadido otra dimensión al impacto en la salud. Así pues, es preciso que todos los países y jurisdicciones establezcan mecanismos y sistemas para ayudar y socorrer a las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas.

B. El tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social como componentes esenciales de la reducción de la demanda

5. En la reducción de la demanda de drogas intervienen dos enfoques superpuestos pero diferentes: la prevención de la iniciación en el consumo de drogas (o prevención primaria) y el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social.

6. Las intervenciones destinadas a reducir la demanda suelen centrarse más en las actividades de prevención primaria. La intervención primaria con frecuencia recibe más apoyo y, por tanto, ocupa un lugar más destacado en los marcos y programas nacionales de reducción de la demanda de drogas. No obstante, se considera que muchas actividades de prevención primaria están basadas en pruebas limitadas, tienen escasa cobertura y son de

calidad desconocida¹¹. La importancia del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de los afectados por trastornos relacionados con el consumo de drogas (que se examinará más adelante en el presente capítulo) necesita un mayor reconocimiento. Hay razones imperiosas por las que los Gobiernos deberían invertir en los servicios de tratamiento y rehabilitación:

a) Los afectados por trastornos relacionados con el consumo de drogas sufren un importante menoscabo de su salud física y mental y bienestar, además de reducirse su calidad de vida y productividad;

b) Algunos afectados por trastornos relacionados con el consumo de drogas pueden recurrir a actos ilícitos o delictivos para costear ese consumo, lo que perpetúa un círculo vicioso de adicción y sufrimiento y contribuye a aumentar la carga de la delincuencia en la sociedad;

c) Las investigaciones indican que la presión del grupo es un factor importante de la iniciación al consumo. Así, el tratamiento de los drogodependientes reduce el riesgo de que otros empiecen a consumir drogas bajo su influencia. Dicho de otro modo, los servicios de tratamiento y rehabilitación de los afectados pueden servir para prevenir el consumo de drogas entre otras personas de su entorno;

d) En su condición de partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas, los Gobiernos deben prestar servicios de tratamiento a quienes sufren adicción. Tanto el artículo 38 de la Convención de 1961 como el artículo 20 del Convenio de 1971 disponen que los Gobiernos han de prestar atención especial a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de los afectados por la drogodependencia, y adoptar todas las medidas posibles al efecto, coordinar sus esfuerzos en ese sentido y promover la formación de personal en esos ámbitos;

e) El respeto del derecho a los servicios de salud y tratamiento de las personas afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas contribuiría a reducir el estigma y la discriminación asociados a esos trastornos;

f) Las investigaciones demuestran constantemente que invertir en el tratamiento genera ahorros a los Gobiernos. El costo económico del tratamiento es muy inferior al que ocasionan los trastornos relacionados con el consumo de drogas y los problemas conexos, entre ellos

⁹OMS, Datos del Observatorio Mundial de la Salud, “Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders”. Puede consultarse en http://www.who.int/gho/substance_abuse/en/.

¹⁰Louisa Degenhardt y otros, “Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the *Global Burden of Disease Study 2010*”. *The Lancet*, vol. 382, núm. 9904 (9 de noviembre de 2013), págs. 1564 a 1574.

¹¹*Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6), cap. I, secc. D (“¿Cuáles son los medios más eficaces para prevenir el consumo de drogas?”).

el desempleo, el absentismo, la delincuencia (incluido el costo de la justicia penal y la represión del delito), la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad;

g) Un elemento indispensable para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) es la medida que figura en la meta 3.5 (Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas).

7. En el mundo entero se ha observado un importante déficit de recursos destinados a servicios de tratamiento y rehabilitación. La OMS ha calculado que en todo el mundo solo hay 1,7 camas disponibles por cada 100.000 personas para el tratamiento de la drogodependencia y el alcoholismo y que el número de camas disponibles en los países de ingresos medianos altos es diez veces mayor que el de las disponibles en los países de ingresos medianos bajos (7,1 frente a 0,7 camas por 100.000 personas)¹². La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) comunica que, a nivel mundial, solo una de cada seis personas que necesitan tratamiento de la drogodependencia tiene acceso a programas de tratamiento. En América Latina, la proporción es una de cada 11, y en África, una de cada 18, lo que demuestra que la escasez de recursos es más pronunciada en los países de ingresos bajos y medianos. Mientras los países de ingresos altos gastan unos 50 dólares por persona anualmente en salud mental, los países de ingresos bajos y medianos gastan solo 2 dólares. Además, el acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación suele ser desigual dentro de los propios países. Por ejemplo, a menudo los sistemas de salud están dotados de equipo para prestar servicios por trastornos relacionados con el consumo de alcohol, pero no de drogas. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia suelen prestarse solo en las grandes ciudades. Asimismo, si bien la drogodependencia prevalece más en los hombres que en las mujeres, las mujeres que sufren problemas de drogodependencia tienen en proporción mucho menos acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación de resultas de la estigmatización y la falta de servicios de tratamiento con perspectiva de género¹³. Otra faceta importante de la brecha terapéutica son las diferencias en el tipo de tratamiento disponible y accesible: más de una tercera parte de todos los países del mundo informan de la disponibilidad de intervenciones psicosociales, mientras que menos de una cuarta parte comunica la disponibilidad de intervenciones farmacológicas, pese a que existen pruebas

¹²OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Ginebra, 2010).

¹³Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), "A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes", documento de políticas (julio de 2014).

concluyentes de que las intervenciones farmacológicas son eficaces para tratar muchos tipos de trastornos relacionados con el consumo de drogas. Además, en los casos en que los servicios de tratamiento están disponibles y son accesibles, su calidad puede ser deficiente y las intervenciones tal vez no se basen en datos científicos ni se sustenten en normas o directrices internacionales.

C. Conceptos básicos referentes a los trastornos relacionados con el consumo de drogas

8. Es importante diferenciar términos como consumo de drogas, abuso de drogas, consumo nocivo de drogas, drogodependencia y drogadicción, ya que el uso inapropiado de la terminología puede contribuir a la estigmatización y la discriminación. Desde la perspectiva de la justicia penal, en algunos países puede sancionarse incluso el consumo por una sola vez de una sustancia psicoactiva clasificada en la legislación nacional como estupefaciente o sustancia sicotrópica¹⁴. Sin embargo, desde la perspectiva de las ciencias de la adicción y del comportamiento, un único caso de consumo de drogas puede no ser necesariamente patológico. Son los hábitos de consumo y las consecuencias resultantes lo que distingue el comportamiento patológico del no patológico, aunque con frecuencia peligroso.

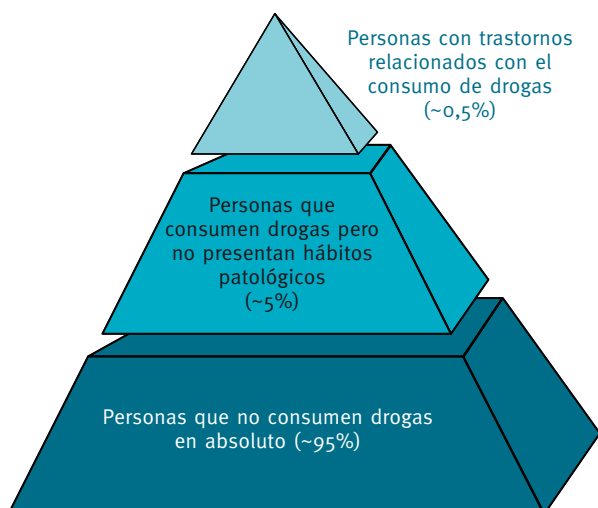
9. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) hace referencia a dos entidades diagnósticas principales debidas al consumo de drogas que son pertinentes para este examen: el consumo nocivo y el síndrome de dependencia. Por consumo nocivo de drogas se entiende un hábito de consumo que produce daños en la salud física o mental de la persona. La drogodependencia es una afección que se caracteriza por que el consumo de drogas llega a ser una de las máximas prioridades en la vida del consumidor y conlleva diversos comportamientos conexos. El término más antiguo de "adicción", cuyo significado se asemeja en gran medida al de "dependencia", está arraigado en las publicaciones científicas y en el habla popular, y por ese motivo se sigue empleando. El término "abuso de drogas" se utilizó como entidad diagnóstica en el pasado, pero ha sido reemplazado en general por los términos "consumo nocivo de drogas" y "trastornos relacionados con el consumo de drogas". En vista de ello, los términos que más

¹⁴La Junta ha aclarado en muchas ocasiones que los tratados de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas no obligan a las partes a imponer sanciones penales a las personas que consumen drogas.

se emplean en este capítulo son “consumo de drogas” y “trastorno relacionado con el consumo de drogas”.

10. Las personas que comienzan a consumir drogas pueden llegar a alcanzar la fase de consumo nocivo y, a la larga, de dependencia, a medida que se intensifica el consumo y se agravan sus consecuencias perjudiciales. El consumo de drogas, el consumo nocivo de drogas y la drogodependencia forman una progresión continua de gravedad y frecuencia de consumo cada vez mayores. En toda sociedad, los hábitos de consumo de drogas pueden representarse en forma de pirámide. Como se observa en la figura siguiente, la base de esa pirámide está compuesta por las personas que no consumen drogas en absoluto. La sección intermedia representa un grupo menor de personas que consumen drogas, pero cuyos hábitos de consumo no son patológicos. Por último, en la sección más pequeña, la parte superior de la pirámide, se sitúan las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Aunque esas personas ocupan la parte más estrecha de la pirámide, es importante señalar que en ellas incide la mayor parte de los daños y consecuencias perjudiciales y que representan la mayor carga de morbilidad conexas para la sociedad en su conjunto. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, la UNODC observa que en todo el mundo se perdieron 28 millones de años de vida sana en 2015 de resultados del consumo de drogas. De ese número, 17 millones de años de vida sana se perdieron por trastornos relacionados con el consumo de drogas, aun cuando solo alrededor del 10% de las personas que consumían drogas padecían trastornos relacionados con su consumo. Lamentablemente, en todo el mundo solo una de cada seis personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas tiene acceso a servicios de tratamiento. Así pues, es absolutamente

Pirámide de los hábitos de consumo de drogas (representación)



prioritario que se presten servicios de tratamiento y rehabilitación a las personas que sufren esos trastornos. Con todo, quienes consumen drogas pero no sufren trastornos tal vez necesiten también ayuda para evitar que se agraven aún más sus problemas de consumo de drogas.

D. Factores asociados a los trastornos relacionados con el consumo de drogas

11. Es más acertado considerar los trastornos relacionados con el consumo de drogas en razón de su origen biopsicosocial. No hay ningún factor que por sí solo haga que una persona consuma drogas. Existen diversos factores de riesgo y factores de protección que interactúan entre sí y pueden desembocar en el consumo y posterior dependencia de las drogas, como, por ejemplo, la personalidad preexistente y factores genéticos y biológicos que tienen su origen en las disfunciones neurobiológicas del cerebro de las personas que consumen drogas. También hay factores ambientales. Entre ellos cabe señalar varios factores sociales, culturales y jurídicos que incrementan el riesgo de que una persona consuma una droga y posteriormente desarrolle drogodependencia. La permisividad social y cultural asociada al consumo de una droga puede aumentar su disponibilidad e influir en el riesgo de que las personas la consuman. Asimismo, se ha constatado que las privaciones socioeconómicas están asociadas al riesgo del consumo de drogas, y que las drogas pueden utilizarse como automedicación para enfrentar problemas personales que a veces se derivan de experiencias negativas de la niñez, como abusos, abandono y otras formas de disfunción familiar. Por último, hay factores vinculados a las drogas que también pueden determinar el riesgo, ya que algunas drogas tienen mayor probabilidad que otras de causar trastornos relacionados con su consumo. Algunas drogas, como los opioides, se consideran más adictivas que otras, como el cannabis. Varios factores causantes de la drogodependencia escapan al control de quienes consumen drogas por el hecho de que las personas no determinan su propia vulnerabilidad genética o biológica, no tienen poder para influir en las prácticas culturales de su vecindad y no ejercen control alguno sobre las propias leyes y políticas nacionales que determinan la disponibilidad de las drogas. Hasta qué punto las personas pueden controlar el riesgo de desarrollar drogodependencia, o qué otra alternativa tienen frente a ese riesgo, es una cuestión controvertida¹⁵. Por todo lo anterior, las personas

¹⁵ Allison Kurti y Jesse Dallery, “Review of Heyman’s addiction: a disorder of choice”, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 45, núm. 1 (2012), págs. 229 a 240.

afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas no deben ser consideradas víctimas, sino pacientes, y no deben ser tratadas como si mantuvieran deliberadamente un comportamiento indeseable o ilícito. El tratamiento y la rehabilitación son el marco ideal para prestarles ayuda.

E. Curso y trayectoria de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la recuperación

12. Una vez que se han manifestado, los trastornos relacionados con el consumo de drogas siguen su curso al igual que otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes o la hipertensión. Los tratamientos de todas esas enfermedades crónicas no transmisibles comparten ciertas características:

- a) El tratamiento reduce los síntomas, sin eliminar forzosamente la causa principal de la enfermedad;
- b) La adopción de cambios de conducta y estilo de vida forma parte importante del tratamiento;
- c) Las recaídas son habituales, a pesar del tratamiento.

13. Recuperarse de trastornos relacionados con el consumo de drogas es posible, pero a menudo entraña múltiples intentos y una participación prolongada en programas de tratamiento. Para la mayor parte de las personas que sufren esos trastornos, la recuperación es un proceso más que un hecho puntual. La mayoría de las personas que padecen esos trastornos suelen volver a consumir drogas después de un episodio de tratamiento. La caída (consumo de drogas tras un período de abstinencia) y la recaída (consumo de drogas que adquiere carácter de dependencia tras un período de abstinencia) se consideran etapas previsibles e inherentes al proceso de recuperación. No es realista esperar que alguien logre una abstinencia duradera después de un episodio de tratamiento breve, como tampoco lo es esperar que un paciente con hipertensión tenga una presión sanguínea normal al final de un período de un año si solo toma medicamentos antihipertensivos durante unos días y luego se interrumpe el tratamiento progresivamente. De igual modo, los programas de tratamiento y rehabilitación deberían concebirse como intervenciones a largo plazo que incluyan estrategias para la prevención de la recaída. Es importante que las leyes y políticas nacionales no sancionen a los consumidores por sufrir recaídas después del tratamiento. También es importante señalar

que el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas funciona. En otras palabras, la ciencia moderna de atención de la salud proporciona estrategias de tratamiento eficaces para los trastornos relacionados con el consumo de drogas. El indicador más importante para predecir si un tratamiento tendrá buen resultado es la retención del paciente en el programa de tratamiento durante el tiempo que sea necesario.

14. Un mito muy extendido es que las personas que padecen drogodependencia no desean abandonar las drogas. Los intentos infructuosos por dejar de consumir drogas son una nota distintiva y una característica del diagnóstico asociado a la drogodependencia. Lo que priva a las personas afectadas de la oportunidad de reducir o abandonar el consumo de drogas es la escasa disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento apropiados y aceptables. En una encuesta realizada recientemente en Punjab (India) se observó que de las más de 232.000 personas que, según las estimaciones, dependían de los opioides, más del 80% habían tratado de dejar de consumir drogas. Sin embargo, solo alrededor del 15% habían recibido ayuda del sector organizado, lo que indica una demanda generalizada pero una escasa disponibilidad de servicios de tratamiento¹⁶.

15. Incluso después de lograr la abstinencia, muchas personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas tienen dificultades para recuperar su lugar y condición en su familia y en la sociedad. El estigma asociado al consumo de drogas plantea un grave obstáculo en el camino hacia la recuperación. En un estudio realizado por encargo de la OMS en 14 países de todo el mundo se constató que, de 18 afecciones, la drogadicción mostraba el grado más alto de estigmatización o rechazo social¹⁷. Los programas nacionales de reducción de la demanda deben combatir la estigmatización y discriminación y prestar asistencia para la rehabilitación y la reinserción social de modo que las personas afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas tengan la oportunidad de reclamar su lugar en la sociedad como ciudadanos responsables y productivos.

16. El resultado del tratamiento de la drogodependencia no debe definirse solamente en términos binarios de consumo continuado de drogas frente a abstinencia total.

¹⁶India, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento, y Gobierno de Punjab, Departamento de Salud y Bienestar Familiar, "Punjab opioid dependence survey: brief report". Puede consultarse en <http://pbhealth.gov.in/>.

¹⁷Robin Room y otros, "Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal attitudes towards disability", en *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, T. Bedirhan Üstün y otros, eds. (Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001).

Se ha demostrado que, incluso sin lograr la abstinencia total, algunas personas consiguen reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas y llevar una vida relativamente estable y productiva. Además de la reducción del consumo, la mejora de la salud personal y el funcionamiento social (empleo, familia y relaciones sociales) y la aminoración de conductas de riesgo o delictivas son resultados igualmente válidos y deseables del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas. Por tanto, los servicios de tratamiento y rehabilitación no deberían centrarse exclusivamente en el objetivo final del abandono del consumo de drogas, sino también tomar en consideración los objetivos intermedios de la reducción del consumo de drogas y sus consecuencias nocivas como parte integrante del proceso encaminado a la total rehabilitación y reinserción social.

F. Principios de las intervenciones de tratamiento

17. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas son afecciones que pueden tratarse y para las cuales existen intervenciones eficaces de tratamiento y rehabilitación. Se consideran afecciones biopsicosociales complejas y su tratamiento es igualmente complejo y polifacético. La eficacia del tratamiento depende por lo general de múltiples componentes orientados a diversos aspectos de la drogodependencia y sus consecuencias. La OMS y la UNODC han establecido nueve principios para el tratamiento de la drogodependencia¹⁸:

Principio 1. Disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, atractivo e idoneidad del tratamiento de la drogodependencia. Los afectados por la drogadicción deben tener acceso a una amplia gama de servicios de tratamiento que respondan a diversas necesidades. Factores como la asequibilidad, la proximidad geográfica, la oportunidad y la flexibilidad de horarios de atención, la facilidad de uso y la capacidad de adaptación a las necesidades de las personas contribuyen a la accesibilidad del tratamiento de la drogodependencia.

Principio 2. Reconocimiento inicial, evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento. La base de un método de tratamiento eficaz e individualizado es un procedimiento de evaluación diagnóstica amplio. Sus componentes son, entre otros, el reconocimiento inicial (por ejemplo,

consumo de drogas y conductas de riesgo conexas), la evaluación y el diagnóstico (por ejemplo, drogodependencia y otras enfermedades psiquiátricas concomitantes), la evaluación integral (etapa y gravedad de la enfermedad, temperamento, personalidad, situación laboral, etc.) y un plan de tratamiento individualizado.

Principio 3. Tratamiento de la drogodependencia basado en datos científicos. Las normas estrictas que se aplican para aprobar el tratamiento de otras afecciones deben aplicarse asimismo al tratamiento de la drogodependencia. Por tanto, todos los tratamientos de la drogodependencia aprobados en un país determinado deben fundamentarse en las buenas prácticas más recientes avaladas por datos científicos y en los conocimientos científicos acumulados, teniendo en cuenta que la ciencia de la salud está en permanente evolución.

Principio 4. Tratamiento de la drogodependencia, derechos humanos y dignidad del paciente. Las personas que padecen drogodependencia no deberían ser discriminadas por su historial de consumo de drogas. Las normas de tratamiento ético que se aplican a otras afecciones deben también aplicarse al tratamiento de la drogodependencia. Ello incluye el derecho a la autonomía y autodeterminación de los pacientes y los principios de beneficencia, no maleficencia y confidencialidad exigibles a los proveedores de servicios de salud. En ese contexto, la Junta acoge con beneplácito la reciente declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud¹⁹.

Principio 5. Atención a subgrupos y afecciones especiales. Algunos subgrupos de población, como los adolescentes, las mujeres, las mujeres embarazadas, las personas con afecciones comórbidas físicas y psíquicas, los trabajadores del sexo, las minorías étnicas y las personas socialmente marginadas, entre ellas los migrantes y refugiados, pueden tener necesidades especiales. En su tratamiento por drogodependencia deben tenerse en cuenta esas necesidades.

Principio 6. El tratamiento de la adicción y el sistema de justicia penal. En algunas jurisdicciones, el consumo de drogas se trata como un delito en sí mismo. No obstante, dado que los trastornos relacionados con el consumo de drogas son afecciones de salud, el contexto ideal para el tratamiento es el sistema de atención de la salud y no el sistema de justicia penal. El sistema de atención de la salud debe ser el medio preferido para gestionar esos problemas,

¹⁸Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y OMS, "Principles of drug dependence treatment", documento de debate (marzo de 2008).

¹⁹Naciones Unidas y OMS, "Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud", 2017. Puede consultarse en www.who.int/.

y debe crearse la capacidad de tratamiento necesaria cuando esta no exista. El tratamiento como medida sustitutiva del encarcelamiento tiene el doble beneficio de paliar el sufrimiento y la discapacidad y reducir la delincuencia. Esto conlleva una importante disminución de los costos que contribuye a que este enfoque sea más rentable.

Principio 7. Apoyo y participación de la comunidad y orientación al paciente. Es necesario un cambio de paradigma en la administración del tratamiento que, en lugar de basarse en la aplicación de directrices, favorezca una prestación de servicios basada en la comunidad y más cooperativa que cuente con la participación de las personas que consumen drogas y sus familias, las comunidades y los interesados locales en el proceso de planificación, aplicación y vigilancia de los servicios de tratamiento.

Principio 8. Gobernanza clínica de los servicios de tratamiento de la drogodependencia. Se pueden lograr sistemas de gobernanza clínica responsables y eficientes mediante políticas y protocolos plasmados por escrito y mecanismos de vigilancia y supervisión a cargo de personal calificado. Además, deben establecerse sistemas de acreditación, homologación y garantía de calidad para los servicios de tratamiento.

Principio 9. Sistemas de tratamiento: formulación de políticas, planificación estratégica y coordinación de servicios. Se recomienda un enfoque lógico gradual que comprenda la formulación de políticas de tratamiento, la evaluación de la situación, el fomento de la capacidad de los proveedores de cuidados y sistemas de garantía de calidad.

G. Enfoques y modalidades de tratamiento

18. No todas las actividades que coadyuvan a reducir el consumo de drogas pueden calificarse justificadamente de tratamiento. El tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y los problemas de salud física y mental conexos se ha definido como una actividad (o actividades) directamente orientada a las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas y destinada a conseguir resultados definidos para aliviar o eliminar esos problemas, llevada a cabo por profesionales experimentados o acreditados en el marco de una práctica médica, psicológica o de asistencia social reconocida²⁰.

²⁰Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *EMCDDA Treatment Strategy*, Work programmes and strategies series (Lisboa, abril de 2010).

19. Aunque los principios generales del tratamiento de la drogodependencia que se aplican a todas las poblaciones y todos los tipos de drogas pueden parecer semejantes, lo ideal sería que cada paciente recibiera un tratamiento individualizado y personalizado, cuya índole puede variar según el tipo de droga consumida, la gravedad de la dependencia, el grado de motivación y la disponibilidad o no de apoyo social. Por ser la drogodependencia una enfermedad crónica con remisiones y recaídas, el tratamiento único a corto plazo no suele ser suficiente para la mayoría de las personas; de ahí que pueda ser provechoso mantener un contacto constante con el usuario con el apoyo de la familia y la comunidad.

20. La UNODC y la OMS han elaborado conjuntamente un cuerpo de normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas a fin de ayudar a los Estados Miembros a crear servicios de tratamiento eficaces y éticos²¹. Se han evaluado diversas modalidades y enfoques de tratamiento en función de la medida en que su eficacia se basa en datos científicos. Esas modalidades y enfoques incluyen lo siguiente:

a) *Divulgación comunitaria.* Estas actividades se orientan fundamentalmente a quienes consumen drogas pero no reciben tratamiento. Los programas de divulgación ofrecen servicios esenciales como apoyo básico, educación relacionada con las drogas, reconocimiento inicial y breves intervenciones, remisión a tratamiento de la drogodependencia y servicios de intercambio de agujas;

b) *Detección, intervenciones breves y remisión a tratamiento.* Estas intervenciones están destinadas mayormente a las personas con problemas de drogas en contextos no especializados, como la atención primaria, la atención de emergencia, los servicios sociales y los establecimientos penitenciarios. Para estas intervenciones psicosociales breves se dispone de métodos de detección normalizados y válidos, así como de manuales que pueden adaptarse a distintas culturas. Este tipo de programas logran reducir eficazmente el consumo de drogas, sobre todo entre quienes se encuentran en las primeras etapas de consumo;

c) *Tratamiento en régimen de internamiento o residencial a corto plazo.* Esta clase de tratamiento, conocido también como desintoxicación, tiene por objeto en buena parte aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia y facilitar la estabilización del estado físico y emocional del paciente en un contexto seguro y protegido. En lo que respecta a las benzodiazepinas, los opioides y

²¹UNODC y OMS. "International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (Draft for Field Testing)" (marzo de 2017).

muchas otras categorías de drogas, el elemento fundamental de la desintoxicación es el tratamiento farmacológico de los síntomas del síndrome de abstinencia. En lo que atañe a los opioides, hay pruebas de peso que indican que los síntomas se tratan mejor con medicamentos agonistas como la buprenorfina y la metadona²². En el caso de sedantes hipnóticos como las benzodiazepinas, se ha recomendado emplear benzodiazepinas de efecto prolongado en dosis suficientes e ir disminuyendo su consumo gradualmente en el curso de varios días. Con mucha frecuencia la desintoxicación se considera erróneamente un tratamiento completo en sí mismo. Sin embargo, el control del síndrome de abstinencia es solo la primera fase del tratamiento a largo plazo de la drogodependencia. El riesgo de recaída y sobredosis es alto después de cualquier forma de desintoxicación. Para prevenir la recaída, los preparativos de las actividades encaminadas a asegurar la participación prolongada y sostenida del paciente en el proceso de tratamiento se deben iniciar en esta fase;

d) *Tratamiento ambulatorio*. El tratamiento ambulatorio está destinado sobre todo a las personas que cuentan con apoyo social y recursos suficientes en su hogar, pero que requieren intervenciones farmacológicas o psicosociales a largo plazo. La mayoría de las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas no requieren atención en régimen de internamiento y pueden tratarse como pacientes externos. Existen pruebas sólidas de la eficacia de diversas intervenciones farmacológicas que se ofrecen como parte del tratamiento prolongado de la drogodependencia. La OMS recomienda como tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides el uso de la buprenorfina o la metadona en dosis adecuadas²³. Otra forma de tratamiento farmacológico ambulatorio de la dependencia de opioides es emplear el antagonista de opioides naltrexona, que se recomienda para pacientes muy motivados. Con todo, no se dispone de muchas pruebas de su eficacia²⁴. Para el tratamiento de la dependencia del cannabis y los psicoestimulantes (es decir, anfetaminas o cocaína) actualmente no existen pruebas de que haya una farmacoterapia que sea sistemáticamente eficaz. Por tanto, el tratamiento psicosocial sigue siendo el enfoque fundamental que se aplica a esas categorías de drogas. Además de la farmacoterapia, existen numerosas intervenciones psicosociales eficaces para prevenir la recaída y rehabilitar a los pacientes, como la

gestión de contingencias²⁵, las entrevistas motivacionales²⁶, la terapia cognitiva conductual²⁷ o la terapia de prevención de la recaída. Estas intervenciones en su mayoría producen los mejores resultados cuando se combinan con farmacoterapia;

e) *Tratamiento residencial a largo plazo*. La forma más frecuente de tratamiento residencial a largo plazo es la comunidad terapéutica, donde se espera que los pacientes permanezcan durante un tiempo prolongado de entre 6 y 24 meses. Anteriormente, el tratamiento residencial a largo plazo solía consistir solamente en un tratamiento psicosocial, pero en los enfoques modernos a veces se utilizan medicamentos. Se han realizado estudios a gran escala que han encontrado escasas pruebas de que las comunidades terapéuticas aporten beneficios importantes, salvo en entornos penitenciarios²⁸;

f) *Gestión de la recuperación*. La gestión de la recuperación, conocida también como postratamiento o apoyo social, es un modelo de atención a largo plazo orientado a la recuperación de quienes han logrado la abstinencia mediante otras formas de tratamiento. La atención se centra en prevenir la recaída apoyando los cambios en el funcionamiento social y bienestar de la persona y ayudándola a recobrar su lugar en la comunidad. La recaída es una parte casi inevitable de la recuperación. Por tanto, en lugar de dejar que los pacientes atraviesen múltiples episodios de tratamiento a corto plazo, el método de gestión de la recuperación ofrece servicios de apoyo durante un período más prolongado pero a una intensidad y un costo mucho menores, dedicando atención prioritaria a la autonomía de los pacientes y asegurando la participación de sus comunidades;

g) *Intervenciones encaminadas a reducir las consecuencias nocivas del consumo de drogas*. Algunos enfoques se utilizan para paliar las consecuencias nocivas del consumo de drogas, en lugar de reducir directamente el consumo *per se*. Estos enfoques se emplean ampliamente, en particular para reducir el riesgo de propagación del VIH y otras infecciones virales de transmisión sanguínea entre los consumidores de drogas por inyección. La OMS,

²²L. Gowing, R. Ali y J. White, "Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, núm. 2 (2002).

²³OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Ginebra, 2009).

²⁴S. Minozzi y otros, "Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 4 (2011).

²⁵M. Prendergast y otros, "Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta analysis", *Addiction*, vol. 101 núm. 11 (noviembre de 2006), págs. 1546 a 1560.

²⁶G. Smedslund y otros, "Motivational interviewing for substance abuse", *The Cochrane Library* (11 de mayo de 2011).

²⁷M. Magilland y L. A. Ray, "Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, núm. 4 (2009), págs. 516 a 527.

²⁸L. A. Smith, S. Gates y D. Foxcroft, "Therapeutic communities for substance-related disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 1 (2006).

la UNODC y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) han refrendado un conjunto integral de nueve intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las personas que se inyectan drogas²⁹. La Junta constata que este conjunto integral ha sido ampliamente avalado, entre otros por la Asamblea General³⁰, el Consejo Económico y Social³¹ y la Comisión de Estupefacientes³². Las nueve intervenciones mencionadas han sido objeto de una evaluación científica. Su eficacia es mayor cuando se llevan a cabo de manera conjunta, en un solo paquete. Son las siguientes: *a)* programas de intercambio de agujas y jeringuillas; *b)* terapia de sustitución con opioides y otros tratamientos de la drogodependencia; *c)* pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH; *d)* tratamiento antirretroviral; *e)* prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; *f)* distribución de preservativos; *g)* información, educación y comunicación especializadas; *h)* prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral; e *i)* prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis³³;

h) Otros enfoques. Desde hace muchos años se viene celebrando un debate sobre actividades no incluidas en el conjunto integral que algunos consideran intervenciones destinadas a reducir las consecuencias nocivas del consumo de drogas. Algunos Gobiernos han venido efectuando pruebas con programas de mantenimiento con heroína sujeta a prescripción médica para pacientes que no reciben otras formas de tratamiento, aunque ello no constituye una forma de tratamiento de primera línea³⁴. Las investigaciones indican que el tratamiento de mantenimiento con heroína sujeta a prescripción médica puede ayudar a las personas dependientes de la heroína a seguir su tratamiento, limitar el consumo de drogas de venta callejera y reducir las actividades ilícitas³⁵. No obstante, debido al riesgo de los efectos nocivos y a varios factores

²⁹OMS, UNODC y ONUSIDA, *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision* (Ginebra, OMS, 2012).

³⁰“Declaración política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida” (resolución 65/277 de la Asamblea General, anexo).

³¹Resolución 2009/6 del Consejo Económico y Social.

³²Resolución 53/9 de la Comisión de Estupefacientes.

³³OMS, Datos probatorios para la adopción de medidas, documentos de información y técnicos sobre políticas en relación con el VIH/sida y el consumo de drogas inyectables. Pueden consultarse en www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html.

³⁴Ambros A. Uchtenhagen, “Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice”, *Drug Alcohol Review*, vol. 30, núm. 2 (2011), págs. 130 a 137.

³⁵M. Ferri, M. Davoli y C. A. Perucci, “Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 12 (2011).

operacionales, este tratamiento no ha sido recomendado ni por la OMS ni por otros organismos de las Naciones Unidas. Otro tipo de intervención que suele generar debate y discusión son los centros de inyección supervisada, o salas de consumo de drogas, que tienen por objeto proporcionar a los consumidores de drogas equipo de inyección seguro y un entorno seguro para inyectarse las drogas. Los centros de inyección supervisada no suelen suministrar la droga. Para determinar su eficacia se examinaron 75 estudios publicados y se llegó a la conclusión de que los centros de inyección seguros lograban atraer a poblaciones a las que era difícil tener acceso, promover inyecciones más seguras, reducir el riesgo de sobredosis y restringir las inyecciones de drogas en la vía pública y la presencia de jeringuillas abandonadas en espacios comunitarios³⁶. Así, los datos científicos sobre su eficacia evolucionan con rapidez. En su informe anual correspondiente a 2016, la Junta declaró que el objetivo final de esos centros debía ser reducir las consecuencias negativas del uso indebido de drogas sin que ello implique aprobar tácitamente o alentar el tráfico de drogas, y que la remisión a los programas de tratamiento y rehabilitación debía formar parte integrante de esas intervenciones³⁷.

H. Relación costo-eficacia del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas

21. Un importante aspecto que debe tenerse en cuenta al invertir en el tratamiento de la drogodependencia son los costos. Lamentablemente, menos de la mitad de todos los países del mundo cuentan con una partida presupuestaria dedicada exclusivamente al tratamiento de la drogodependencia, y entre ellos no figura ningún país de ingresos bajos y medianos. Los tres métodos más importantes para financiar los servicios de tratamiento son la financiación de base tributaria, los pagos directos y las organizaciones no gubernamentales, en este orden. Los países de ingresos bajos y medianos parecen depender principalmente de los pagos directos³⁸.

22. En general, los estudios realizados en diferentes contextos y países han demostrado sin excepciones que

³⁶Chloé Potier y otros, “Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 145, núm. 1 (2014), págs. 48 a 68.

³⁷E/INCB/2016/1, párr. 720.

³⁸OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Ginebra, 2010), cap. 2, págs. 26 y 27.

la relación costo-eficacia del tratamiento de la drogodependencia es excelente. Cada dólar invertido en el tratamiento produce un rédito de 4 a 7 dólares por cuanto reduce las tasas de delincuencia y los costos del sistema de justicia penal. Si se incluyen también las economías logradas para el sistema de atención de la salud, los ahorros totales superan la relación 12:1. En un examen de 11 estudios en los que se hacía una evaluación económica de diversos tratamientos se analizaron los beneficios económicos logrados en distintos ámbitos (actividad delictiva, utilización de los servicios de salud, empleo remunerado y gasto en drogas ilícitas) y se llegó a la conclusión de que la reducción de la actividad delictiva y la utilización de los servicios de salud eran los mayores beneficios económicos que aportaba el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas³⁹. Además, el tratamiento de la drogodependencia es mucho menos costoso que las intervenciones de justicia penal. Por ejemplo, el costo de mantenimiento con metadona en los Estados Unidos de América se ha calculado aproximadamente en 4.700 dólares por paciente y año, mientras que la encarcelación se calcula en 24.000 dólares por recluso y año⁴⁰. Se ha calculado que si se ofreciera tratamiento únicamente al 10% de los delincuentes que lo necesitan, el sistema de justicia penal podría ahorrarse aproximadamente 4.800 millones de dólares⁴¹. En un amplio examen de publicaciones científicas se ha llegado a la conclusión de que, desde el punto de vista de la eficacia en función de los costos, los tratamientos de mantenimiento con agonistas como la metadona y la buprenorfina deben considerarse opciones de tratamiento de primera línea de la dependencia de opioides⁴².

³⁹Kathryn McCollister y Michael French, "The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings", *Addiction*, vol. 98, núm. 12 (2003), págs. 1647 a 1659.

⁴⁰Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3ª ed., NIH Publication No. 12-4180 (2012).

⁴¹Gary Zarkin y otros, "Lifetime benefits and costs of diverting substance-abusing offenders from State prison", *Crime & Delinquency*, vol. 61, núm. 6 (2012), págs. 829 a 850.

⁴²Chris Doran, "Economic evaluation of interventions for illicit opioid dependence: a review of evidence", documento de antecedentes preparado para la tercera reunión del grupo de desarrollo técnico encargado de las directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial de las personas dependientes de opioides, celebrada en Ginebra del 17 al 21 de septiembre de 2007.

I. Organización y gestión del servicio de tratamiento

23. Pese a que se reconoce ampliamente que la drogodependencia es una afección de la salud, en muchos países su tratamiento se mantiene separado de los servicios de atención de la salud. Esta separación afecta negativamente a la calidad de la atención de que disponen los afectados y aumenta gastos que son evitables e innecesarios. La integración del tratamiento de la drogodependencia en los servicios generales de atención de la salud es importante por lo siguiente:

- a) El consumo de drogas está estrechamente relacionado con las enfermedades mentales y otras afecciones;
- b) La integración de los servicios mejora la coordinación de la atención y, en definitiva, los resultados sanitarios;
- c) El tratamiento del consumo de drogas en el marco del sistema general de atención de la salud es eficaz en función de los costos;
- d) La integración puede reducir las desigualdades en el ámbito de los servicios de salud y el tiempo de espera en los centros de tratamiento de la drogodependencia.

24. La integración de los servicios de tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas en los servicios de atención de la salud hace posible que el sistema de atención de la salud preste servicios a las personas con problemas de consumo de drogas leves a moderados, que constituyen la mayoría de los consumidores de drogas. Ello reduce la necesidad de un tratamiento más intensivo y costoso y evita que los problemas de drogas se agraven. Se han descrito diversos modelos de atención en progresión continua: los servicios de tratamiento del consumo de drogas y de atención de la salud pueden coordinarse o, lo que es igual, mantenerse separados pero con cierto grado de colaboración y comunicación; pueden estar ubicados en un mismo lugar, es decir, en estrecha proximidad física, pero continuar funcionando de manera independiente; y pueden estar integrados, o sea, colaborar estrechamente sobre la base de su plena integración o fusión. Cada uno de estos modelos tiene sus propias ventajas e inconvenientes, pero siempre que sea posible, su máxima integración parece ser la forma más eficiente de prestar los servicios, sobre todo en contextos de escasos recursos. Por esa razón, tanto si las sustancias están o no fiscalizadas, es conveniente que los servicios por trastornos relacionados con el consumo de sustancias se presten en el mismo contexto,

independientemente del tipo de sustancia. Tales servicios deben integrarse con el sistema general de atención de la salud, aunque sin dejar de prestar atención al tratamiento de la drogodependencia.

J. Tratamiento de poblaciones especiales

1. Niños y adolescentes

25. Los adolescentes tienen hábitos de consumo y necesidades de tratamiento singulares. Entre los adolescentes, todo uso de drogas es causa de preocupación, aun cuando simplemente estén experimentando, ya que los expone a un mayor comportamiento de riesgo y aumenta el peligro de que en un futuro padezcan trastornos relacionados con el consumo de drogas y la gravedad de estos. Se han realizado estudios que han constatado las graves consecuencias nocivas del uso de drogas en el desarrollo del cerebro de los niños y adolescentes⁴³. Por consiguiente, el tratamiento beneficia a los adolescentes que consumen drogas, aun cuando no sufran trastornos diagnosticables conexos. Las dificultades que se plantean al tratar de prestar un tratamiento eficaz a los niños y adolescentes radican, entre otras cosas, en lo siguiente: *a)* investigación insuficiente de las cuestiones asociadas al consumo de drogas en esa población; *b)* incertidumbre acerca de los efectos en los niños y adolescentes de la medicación destinada a adultos; y *c)* diseño de intervenciones psicosociales apropiadas a la edad de los adolescentes teniendo en cuenta su grado de desarrollo cognitivo y experiencia vital. La familia y la comunidad desempeñan una función importante en el tratamiento de la drogodependencia en los adolescentes. Muchos de los adolescentes que consumen drogas han sido víctimas de abusos físicos, emocionales o sexuales y estos deben ser detectados y, cuando proceda, atendidos de manera simultánea⁴⁴.

2. Mujeres

26. A nivel mundial, los hombres tienen tres veces más probabilidades de consumir drogas ilícitas que las

mujeres, si bien ellas son más propensas que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes sujetos a prescripción médica. Aunque por lo general se han observado más trastornos relacionados con el consumo de drogas entre los hombres, la prevalencia del consumo de drogas entre las mujeres ha ido en aumento en las últimas dos décadas, sobre todo en algunos países de ingresos altos. Por otra parte, una vez que las mujeres comienzan a consumir drogas, el consumo se convierte en dependencia con mucha mayor rapidez que entre los hombres. Es importante señalar que muy pocas mujeres drogodependientes pueden acceder a servicios de tratamiento. Una de cada tres personas que consumen drogas es mujer, pero solo una de cada cinco personas que reciben tratamiento por drogodependencia es mujer. La estigmatización es el obstáculo más importante que se opone al tratamiento. Aunque el número de mujeres que consumen drogas es menor, las consecuencias para la salud pública de los trastornos relacionados con el consumo de drogas entre las mujeres son considerables y deben atenderse por medio de servicios de tratamiento con perspectiva de género. Concretamente, entre las cuestiones que deben abordarse figuran las siguientes: asistencia para el cuidado de los niños, salud sexual, gestacional y reproductiva, comorbilidad psiquiátrica, violencia, abusos sexuales, trabajo sexual femenino y vivienda⁴⁵. La OMS ha elaborado directrices para la gestión del consumo de drogas durante el embarazo⁴⁶. La JIFE dedicó especial atención al tema de la mujer y las drogas en el capítulo I de su informe anual correspondiente a 2016⁴⁷.

3. Personas en cárceles y otros entornos penitenciarios

27. A pesar de que se ha aclarado repetidas veces en los documentos de las Naciones Unidas que los tratados de fiscalización internacional de drogas no obligan a los Estados partes a aplicar sanciones penales por el consumo de drogas o por la posesión de drogas para uso personal, algunos Gobiernos nacionales mantienen leyes que prevén medidas penales, como la encarcelación de las personas que consumen drogas. Hay que reiterar que, según disponen los tratados de fiscalización internacional de drogas, los servicios de tratamiento y rehabilitación pueden prestarse como medida sustitutiva de las sanciones penales plenamente válida, como expuso la Junta en

⁴³Lindsay M. Squeglia y Kevin M. Gray, "Alcohol and drug use and the developing brain", *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, núm. 5 (mayo de 2016).

⁴⁴Estados Unidos, National Institute of Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-based Guide*, NIH Publication No. 14-7953 (Washington D.C., 2014).

⁴⁵R. Orwin, L. Francisco y T. Bernichon, "Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis", *NEDS Analytic Summary*, No. 21 (Fairfax, Virginia, Center for Substance Abuse Treatment, 2001).

⁴⁶OMS, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Ginebra, 2014).

⁴⁷E/INCB/2016/1.

2007 y 2016^{48, 49, 50}. Los imputados por consumo de drogas o su posesión en pequeñas cantidades para uso personal deben contar con la opción de recibir atención fuera del sistema de justicia penal. El tratamiento médico en entornos penitenciarios es importante para los reclusos que padecen trastornos relacionados con las drogas. Las normas y la calidad del tratamiento ofrecido en las cárceles deben coincidir con las de los servicios disponibles en la comunidad en general, y todas las opciones de tratamiento psicológico y farmacológico de la drogodependencia que existen en la comunidad también deben estar disponibles en las cárceles. Asimismo, es indispensable que haya una vinculación con los servicios que se prestan fuera de la cárcel para garantizar la continuidad de la atención después que el recluso es puesto en libertad. Se ha comprobado que, entre las intervenciones psicosociales, el tratamiento residencial a largo plazo en comunidades terapéuticas es especialmente adecuado para los entornos penitenciarios.

4. Personas que padecen trastornos por consumo de drogas y otros trastornos mentales (diagnóstico dual)

28. Es bien sabido que el consumo de drogas coexiste con frecuencia con otras afecciones de salud mental. Esta coexistencia puede manifestarse en muchas formas. Los consumidores de drogas pueden sufrir simultáneamente síntomas de salud mental o trastornos mentales, y a la inversa, las personas con trastornos mentales pueden bien consumir drogas de manera no patológica o bien desarrollar trastornos por su consumo. Desde el punto de vista de la etiología o la asociación temporal, cualquiera de estas afecciones puede preceder o seguir a la otra. Las afecciones de la salud mental pueden bien contribuir a crear problemas de drogodependencia (como en el caso de la automedicación) o bien ser consecuencia del consumo de drogas. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia deben estar dotados del equipo necesario para evaluar a los pacientes con objeto de determinar si padecen síntomas de salud mental coexistentes y proporcionarles servicios de tratamiento o derivarlos, según proceda.

⁴⁸E/INCB/2007/1.

⁴⁹UNODC, “De la coerción a la cohesión. Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones”, documento de debate, 2010.

⁵⁰E/INCB/2016/1.

5. Otros grupos de población especiales

29. Los migrantes y las minorías étnicas figuran entre los grupos de población que pueden tener dificultades especiales para acceder a servicios de tratamiento. Aunque la migración (sea forzada o no) es algo que está ocurriendo a gran escala en todo el mundo, no se ha investigado mucho sobre el consumo de drogas entre los migrantes. Estas personas podrían correr un riesgo particularmente alto de padecer trastornos relacionados con el consumo de drogas debido a sus experiencias traumáticas y problemas de salud mental conexos, las dificultades que conlleva la aculturación y la desigualdad socioeconómica⁵¹. Los servicios de tratamiento dirigidos a este grupo de población deben tener en cuenta los factores culturales que afectan a la demanda y la utilización de los servicios de salud y bienestar⁵². Los trabajadores sexuales forman otro grupo especialmente vulnerable y a menudo desatendido. El estigma asociado tanto al consumo de drogas como al trabajo sexual dificulta el acceso al tratamiento, y la criminalización de ambas actividades agrava el problema. Se recomienda colaborar con los asociados de la sociedad civil que trabajan con consumidores de drogas y con personas que ejercen trabajo sexual, ya que es una forma especialmente útil de llegar a esos grupos⁵³. Además, debería considerarse prioritario elaborar intervenciones específicamente dirigidas a esos grupos, dado que no existen pruebas concluyentes de que las intervenciones actuales sean eficaces⁵⁴.

K. El tratamiento de la drogodependencia como derecho humano

30. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece el derecho a la salud, que se describe como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Habida cuenta de que el tratamiento de la drogodependencia mejora la salud física y mental de las personas

⁵¹Danielle Horyniak y otros, “Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review”, *PLOS One* (2016).

⁵²Centro Internacional para la Migración, la Salud y el Desarrollo, *Migrants, displaced people and drug abuse: A public health challenge*, 1998.

⁵³Harm Reduction International, “When sex work and drug use overlap: considerations for advocacy and practice”, Londres, 2013.

⁵⁴Nikki Jeal y otros, “Systematic review of interventions to reduce illicit drug use in female drug-dependent street sex workers”, *BMJ Open*, núm. 5 (11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238.

afectadas, ese tratamiento se considera con toda razón un elemento del derecho a la salud.

31. En la observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud⁵⁵, el Comité interpretó el derecho a la salud definido en el artículo 12.1 del Pacto declarando que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarcaba varios elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependería de las condiciones prevalentes en un determinado Estado parte. En lo referente a los servicios de tratamiento y rehabilitación, esas condiciones son las siguientes:

a) Disponibilidad: se debe contar con servicios de tratamiento en cantidad suficiente teniendo en cuenta las necesidades previstas, en especial cantidades suficientes de medicamentos para el tratamiento de la drogodependencia (como metadona y buprenorfina para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de opioides y la naloxona para el tratamiento de las sobredosis);

b) Accesibilidad: los aspectos más destacados de la accesibilidad son la no discriminación (con particular atención a las poblaciones vulnerables y marginadas), la accesibilidad física, la accesibilidad económica (asequibilidad) y la confidencialidad;

c) Aceptabilidad: todos los servicios de tratamiento deben ser culturalmente aceptables para los beneficiarios y respetar la ética médica;

d) Calidad: una calidad adecuada implica la prestación de servicios de tratamiento apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo que requiere proveedores de tratamiento calificados que empleen métodos avalados por datos científicos, como la prescripción de medicamentos de eficacia científicamente comprobada.

32. Así pues, a la luz tanto de los tratados de fiscalización internacional de drogas como del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados deberían procurar que los servicios de tratamiento de la drogodependencia reúnan las condiciones anteriormente mencionadas.

33. El debate sobre la obligatoriedad del tratamiento de la drogodependencia reviste especial importancia en lo que respecta a los derechos humanos de las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de

drogas. Los marcos nacionales de lucha contra la droga de muchos países contienen disposiciones que prevén la capacidad del sistema de justicia penal para motivar, ordenar o supervisar ciertas formas de tratamiento de la drogodependencia. En algunos casos, los pacientes deben someterse a tratamiento sin haber dado su consentimiento. Tales tratamientos a menudo entrañan la detención en una cárcel u otros establecimientos penitenciarios. En algunos otros casos se puede ofrecer a la persona la posibilidad de elegir entre la encarcelación o el tratamiento con su consentimiento informado. Solo en algunos casos infrecuentes y limitados puede justificarse el tratamiento a corto plazo sin consentimiento, como la hospitalización involuntaria y jurídicamente sancionada de personas con problemas graves de salud mental.

34. Los tratamientos obligatorios, es decir, los que se administran sin el consentimiento expreso de la persona afectada, deben desalentarse por las siguientes razones:

a) Las pruebas de su eficacia son escasas;

b) Ponen en peligro la salud de las personas sometidas al tratamiento, entre otras cosas, por el aumento de su vulnerabilidad al VIH y otras infecciones;

c) Contravienen directamente los principios de derechos humanos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

35. Numerosos organismos de las Naciones Unidas han abogado firmemente por el cierre de los centros de detención y rehabilitación obligatorios por consumo de drogas y el establecimiento de servicios voluntarios de tratamiento avalados por datos científicos y basados en los derechos, postura que ha sido reiterada por la Junta^{56, 57}.

36. La calidad y la disponibilidad de los servicios de tratamiento dependen esencialmente del acceso a los medicamentos necesarios para tratar la drogodependencia. Algunos medicamentos que han resultado ser inequívocamente eficaces para el tratamiento de la drogodependencia, como la metadona y la buprenorfina, son sustancias sometidas a fiscalización internacional. Muchos marcos normativos nacionales de fiscalización de drogas dificultan la utilización de esos medicamentos en los centros de tratamiento. Muchas sustancias fiscalizadas desempeñan un papel fundamental no solo en el tratamiento de la drogodependencia, sino también, por ejemplo, en el alivio

⁵⁵HRI/GEN/1/Rev.9 (vol. I), cap. I.

⁵⁶UNODC y otros, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", declaración conjunta, 9 de marzo de 2012. Puede consultarse en www.unodc.org/.

⁵⁷E/INCB/2016/1.

del dolor, la anestesia, la cirugía y el tratamiento de trastornos mentales. La obligación de prevenir su desviación, tráfico y abuso ha recibido mucha más atención que la de garantizar su disponibilidad en cantidades suficientes para fines médicos y científicos. Algunos países prohíben expresamente el uso de esos medicamentos. En otros lugares, aunque estén disponibles, los proveedores de servicios se muestran reticentes a emplearlos por los engorrosos requisitos reglamentarios que se imponen. Si bien se debe desalentar que los profesionales de la salud prescriban indebidamente medicamentos fiscalizados, la Junta ha recomendado claramente que se eliminen las sanciones legales por errores no intencionados en el manejo de opioides⁵⁸. Aun así, en algunos países prosigue la práctica de interpretar y aplicar las leyes con demasiado rigor en relación con los proveedores de tratamientos. En la India, por ejemplo, dos psiquiatras fueron detenidos y encarcelados en 2014 por suministrar buprenorfina a sus pacientes. Este hecho llevó a que un número considerable de médicos se negaran a dispensar tratamiento con buprenorfina y que una gran parte de los pacientes se viera privada de un tratamiento eficaz y obligada a seguir consumiendo heroína de manera ilícita⁵⁹. Lamentablemente, el caso de la India no es un caso aislado. Se ha señalado que los medicamentos se desvían, aun cuando sus niveles de consumo con fines terapéuticos son muy bajos, lo que demuestra que no basta restringir el acceso a los medicamentos con fines terapéuticos para prevenir su uso indebido⁶⁰.

37. La garantía del acceso a los estupeficientes y sustancias sicotrópicas fiscalizados para fines médicos y científicos está en el espíritu de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Por tanto, los Estados deben adoptar medidas para eliminar los obstáculos jurídicos y normativos que impiden el acceso a ellos. Es fundamental que las leyes nacionales que rigen la disponibilidad de productos farmacéuticos en general sean acordes con los tratados de fiscalización de drogas en el sentido de que restrinjan el uso ilícito y faciliten el acceso a los medicamentos para que sean utilizados en tratamientos. A veces se observa que las políticas y reglamentaciones nacionales establecen una distinción entre diferentes fines médicos: facilitan el acceso a medicamentos fiscalizados para el tratamiento de determinadas afecciones de salud

⁵⁸Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos. Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas (E/INCB/2015/1/Supp.1).

⁵⁹Atul Ambekar y otros, "Challenges in the scale-up of opioid substitution treatment in India", *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 59, núm. 1 (abril de 2017).

⁶⁰Briony Larance y otros, "The availability, diversion and injection of pharmaceutical opioids in South Asia", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, núm. 3 (2011), págs. 246 a 254.

como el dolor asociado al cáncer terminal, pero obstaculizan el acceso para el tratamiento de la drogodependencia. Los medicamentos fiscalizados deben ser igualmente accesibles para tratar todas las afecciones de salud en que se necesiten, como disponen los tratados internacionales de drogas y como se ha demostrado científicamente. La imposición de restricciones indebidas a la administración del tratamiento con medicamentos fiscalizados constituye una violación del derecho a la salud.

L. Vigilancia y garantía de calidad de los programas de tratamiento

38. Es fundamental contar con sistemas de vigilancia y evaluación apropiados para vigilar la cobertura y calidad de los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social en los sectores público y privado. Este es un requisito indispensable para establecer prioridades con eficacia y adaptar las respuestas a las necesidades previstas, como aumentar la calidad de la atención, ayudar a las autoridades normativas a determinar el rendimiento de la inversión del tratamiento, detectar deficiencias en la administración del tratamiento y planificar los programas de tratamiento necesarios.

39. Teniendo presente el propósito anterior, es importante establecer indicadores centrados en la salud, por ejemplo, la proporción de personas que se recuperan de trastornos relacionados con el consumo de drogas y, al hacerlo, no solo evaluar la frecuencia o el tipo de droga empleado. El fomento de investigaciones operacionales y el intercambio de buenas prácticas son mecanismos importantes para ayudar a lograr un mejor aprovechamiento de los resultados de los programas de tratamiento como parte de un proceso continuo de mejora de la calidad.

M. Recomendaciones

40. La obligación de los Estados partes, consagrada en los tres tratados de fiscalización de drogas, de dispensar tratamiento a las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas como parte de un amplio espectro de medidas de reducción de la demanda es imprescindible para mejorar la salud pública en todo el mundo. Además, fortalecer el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas es una meta crucial para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar

de todos a todas las edades). Uno de los principales objetivos que persigue este capítulo es promover el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas con arreglo a los requisitos de los tratados de fiscalización de drogas e impedir que se lleven a cabo prácticas no basadas en datos científicos en nombre de los tratados. Los países deben tener conocimiento de los recursos y herramientas disponibles para el tratamiento y atención de la drogodependencia que han surgido de la colaboración entre la UNODC y la OMS⁶¹ y utilizarlos. La cooperación forma parte de los esfuerzos del sistema de las Naciones Unidas por promover un enfoque integrado y equilibrado del tratamiento de la drogodependencia mediante una interacción eficaz entre los sectores de la salud pública, la fiscalización de drogas y el cumplimiento de la ley.

41. La Junta recomienda a los Estados lo siguiente:

a) Recabar datos sobre la prevalencia de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la accesibilidad y utilización del tratamiento. Es necesario asignar recursos para mejorar los mecanismos destinados a recabar información con eficacia, por ejemplo, mediante encuestas nacionales amplias sobre el consumo de drogas que apliquen metodologías reconocidas, a efectos de evaluar la magnitud y los hábitos de consumo de drogas y los tratamientos necesarios;

b) Invertir en servicios disponibles y accesibles de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos. Teniendo en cuenta que los trastornos relacionados con el consumo de drogas suponen una importante carga para los recursos nacionales y causan sufrimiento a los seres humanos, es indispensable que los Estados inviertan para que las personas afectadas por la drogodependencia dispongan de servicios de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos y tengan acceso a ellos dentro del sistema de atención de la salud. Es difícil prever la cantidad o proporción exacta de recursos que deben asignarse para cubrir todo el espectro de actividades de lucha contra las drogas. La lucha contra las drogas consiste en la reducción de la oferta (por ejemplo, reglamentación, aplicación de la ley, interceptación y justicia penal) y en la reducción de la demanda (por ejemplo, prevención, tratamiento y rehabilitación, y prevención de consecuencias adversas). No obstante, la asignación de recursos debe ser equilibrada, teniendo en cuenta el alcance y las tendencias de los problemas de drogas, las prioridades nacionales y la base de datos científicos;

c) Asegurar la coordinación entre los organismos gubernamentales y los ministerios en sus actividades destinadas a reducir la oferta y la demanda. Las aptitudes y competencias necesarias para la reducción de la oferta son muy diferentes a las que se necesitan para la reducción de la demanda. Incluso en el ámbito de la reducción de la demanda, las competencias que se requieren para la prevención primaria difieren mucho de las necesarias para el tratamiento y la rehabilitación. Por tanto, mientras los organismos encargados de hacer cumplir la ley resultan más adecuados para gestionar las diversas medidas de fiscalización, los departamentos y ministerios encargados del sector de la salud manejan mejor el tratamiento de la drogodependencia. Al mismo tiempo, es preciso asegurar la coordinación entre todos los organismos que intervienen en la lucha contra las drogas;

d) Prestar la debida atención al tratamiento de la drogodependencia entre las demás necesidades de salud y bienestar. Se deben asignar recursos nacionales al tratamiento y rehabilitación de los trastornos relacionados con el consumo de drogas según las necesidades locales. Aun cuando se faciliten recursos como parte de un paquete integrado en una gran canasta de servicios de salud y bienestar, es necesario consignar una proporción determinada para el tratamiento y la rehabilitación. Es menester otorgar prioridad a los recursos destinados a enfoques de tratamiento cuya eficacia se sustente en sólidas pruebas;

e) Crear un cuerpo de recursos humanos apto y capacitado. Para garantizar la calidad de los programas de tratamiento de la drogodependencia, los Estados deben establecer mecanismos para fomentar la capacidad de los diversos profesionales que dispensan tratamiento, entre ellos especialistas de formación universitaria en medicina o psiquiatría de las adicciones, profesionales de la salud en general, competentes para tratar problemas comunes relacionados con las drogas, y otros profesionales, como enfermeros, orientadores, psicólogos, trabajadores sociales y ergoterapeutas. En lo que respecta a las actividades de divulgación sobre el terreno, los orientadores que proceden del círculo de personas que consumen drogas han resultado ser muy útiles para llegar a las poblaciones de consumidores de drogas a las que es difícil tener acceso y motivarlas para que se acojan a los servicios disponibles. Además, es importante que otros profesionales que puedan encontrarse con personas que sufren problemas de drogas, incluidos los que trabajan en la atención general de la salud, la educación, los servicios sociales o la justicia penal, reciban capacitación en reconocimiento temprano, derivación o intervención. Todos los programas de capacitación deben incorporar elementos de derechos humanos y prácticas de tratamiento ético;

⁶¹UNODC y OMS, UNODC-WHO Joint Programme on Drug Dependence Treatment and Care (2009).

f) *Colaborar con los asociados de la sociedad civil.* Las organizaciones no gubernamentales pueden ser asociados muy eficaces para los Gobiernos nacionales de muy diversas maneras, por ejemplo, ampliando el alcance de los servicios al forjar vínculos entre las personas afectadas y los proveedores de servicios, velando por que se protejan los derechos de las personas que consumen drogas y sirviendo de plataformas de promoción para dar voz a las comunidades afectadas. Los Gobiernos nacionales deberían fomentar la cooperación con los grupos de la sociedad civil que puedan ayudar a lograr que se cumplan los tratados de fiscalización internacional de drogas en lo que respecta a la ampliación del alcance y la cobertura de las intervenciones de tratamiento;

g) *Cumplir los principios de justicia y equidad.* Los servicios de tratamiento deben ser fácilmente accesibles a todos quienes los necesitan, con especial atención a los grupos de población especiales o marginados, los sectores desfavorecidos y vulnerables de la sociedad, en particular, las mujeres, los niños y adolescentes, las minorías sexuales, los grupos más débiles económicamente y las minorías raciales y étnicas. Hay que garantizar que las personas afectadas por la drogodependencia no sufran ningún tipo de discriminación, por ejemplo, en razón del tipo de droga que hayan estado consumiendo (sustancias no fiscalizadas frente a sustancias fiscalizadas) o por haber estado en contacto con el sistema de justicia penal. Los servicios de tratamiento en cárceles u otros entornos penitenciarios deben tener el mismo nivel de calidad e intensidad que los que se ponen a disposición de la comunidad; es necesario garantizar que todas las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas puedan ejercer el derecho al tratamiento;

h) *Proporcionar seguro médico y otras prestaciones para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas.* Los drogodependientes deben tener acceso a las mismas prestaciones y servicios de protección social que los que sufren otras afecciones. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas deben considerarse entre las afecciones cubiertas por los seguros médicos. También deben concederse las prestaciones por discapacidad que proceda a las personas que padecen drogodependencia;

i) *Mejorar el acceso a medicamentos fiscalizados.* Las políticas y los procedimientos que rigen el uso de medicamentos fiscalizados (como la metadona, la buprenorfina y otros medicamentos necesarios para el tratamiento de la drogodependencia) deben racionalizarse para facilitar el acceso a ellos. Aunque la supervisión y vigilancia de los procedimientos son fundamentales para prevenir la desviación y el uso indebido de productos farmacéuticos,

las normas y los procedimientos demasiado restrictivos disuaden a los profesionales de su utilización. Es necesario crear un entorno que permita que los profesionales presten servicios de tratamiento normales que conlleven prescribir y dispensar medicamentos fiscalizados cuando sea necesario. Las leyes y políticas nacionales no deberían establecer diferencias entre las diversas afecciones para las que se necesitan esos medicamentos. El sector de la salud y sus profesionales deberían ser los encargados de adoptar decisiones clínicas sobre la elección de medicamentos en consonancia con la base de conocimientos en que se apoya el ejercicio de la ciencia médica;

j) *Crear una estructura de múltiples niveles para la prestación de servicios de tratamiento.* Los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social deben ofrecerse en diversos contextos. La dependencia excesiva de entornos especializados, como los centros de rehabilitación especializados, puede ser contraproducente porque estos podrían estigmatizar a los usuarios y dificultar el acceso a los servicios y la posibilidad de costearlos. En lugar de ello, a medida que se desarrolle la capacidad, se debe crear una estructura de servicios de tratamiento de múltiples niveles en que los problemas comunes y menos graves sean atendidos por los servicios de atención de la salud generales y primarios, mientras que los problemas más graves se traten en el marco de la atención especializada. Esa estructura facilitaría la pronta identificación y tratamiento de quienes afrontan problemas relativamente menos graves e impediría que aumente su drogodependencia y las consecuencias conexas. Se alienta a los Gobiernos a utilizar el material informativo elaborado por la OMS para promover la prevención y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas en los sistemas generales de atención de la salud dentro del marco de la cobertura universal de salud⁶²;

k) *Pasar de las medidas de justicia penal a una respuesta del sistema de salud y protección social.* Los marcos normativos nacionales en materia de drogas deben favorecer los servicios de tratamiento y rehabilitación y evitar un sesgo involuntario a favor de la adopción de medidas de justicia penal para encarar el problema de las drogas. Algunos países han instaurado importantes reformas jurídicas y normativas a este efecto. El entorno normativo general relativo a las drogas en el plano nacional debe propiciar la prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos; se debe asegurar que se respeten en todas las etapas los derechos humanos de las personas que padecen trastornos relacionados

⁶²OMS, *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental* (Ginebra, 2010).

con el consumo de drogas y que no se someta a esas personas a ningún tipo de discriminación;

l) Ampliar la cooperación, intercambiar mejores prácticas y crear capacidad. La importancia de la cooperación internacional en lo atinente al problema de las drogas está de sobra demostrada y se ha puesto de relieve en numerosas publicaciones de la JIFE y las Naciones Unidas, así como en las diversas resoluciones de la Comisión de Estupefacientes, el Consejo Económico y Social y la Asamblea General. La cooperación internacional también es vital para mejorar y ampliar la cobertura del tratamiento de la drogodependencia. Se insta a los Estados a que cooperen mediante el intercambio de información y de mejores prácticas y el fortalecimiento de la capacidad de recursos humanos para prestar servicios de tratamiento y rehabilitación;

m) Proporcionar asistencia financiera y técnica a los países de ingresos bajos y medianos. Muchos países necesitarían asistencia financiera y en forma de conocimientos especializados para establecer y mantener programas de tratamiento de la drogodependencia que se ajusten a las normas internacionales. Muchos países desarrollados y de ingresos altos que cuentan con arraigados mercados ilícitos de drogas fiscalizadas solicitan la cooperación de los países en desarrollo que son los lugares de origen de esas drogas o funcionan como puntos de tránsito. Así, los países desarrollados y de ingresos altos deben actuar con reciprocidad y ofrecer asistencia financiera y técnica a los países de ingresos bajos y medianos que luchan por establecer y mantener servicios de tratamiento y rehabilitación. Se alienta a los países de ingresos bajos y medianos que han logrado generar conocimientos especializados suficientes y fortalecer su capacidad a que compartan sus conocimientos y experiencia con otros países.

Los organismos donantes internacionales y los organismos de las Naciones Unidas pueden desempeñar una función fundamental en la prestación de asistencia a los países en desarrollo en este ámbito;

n) Promover la investigación sobre las intervenciones más recientes. Los adelantos científicos de los últimos decenios han hecho posible que la comunidad mundial afronte con mayor eficiencia, eficacia y humanidad los problemas que plantean los trastornos relacionados con el consumo de drogas. No obstante, a pesar de los grandes adelantos registrados en el tratamiento de esos trastornos, persisten varias dificultades. Aunque se ha demostrado que la farmacoterapia actual para trastornos relacionados con el consumo de opioides es eficaz, sigue sin encontrarse un tratamiento farmacológico eficaz de los trastornos relacionados con el consumo de cannabis y estimulantes. La aparición de nuevas sustancias psicoactivas es otro ámbito cuya base de conocimientos todavía sigue evolucionando en lo que respecta a los efectos, consecuencias y modalidades de un tratamiento eficaz. Muchos países y jurisdicciones han implantado cambios notables en sus políticas y leyes relativas a las drogas sometidas a fiscalización, en particular, el cannabis. Todavía queda por ver cuál será el impacto de esos cambios normativos en los trastornos relacionados con el consumo de drogas, así como en la demanda ulterior de tratamiento. En algunos países se están aplicando formas relativamente nuevas de intervención, como el mantenimiento con heroína y el uso de centros de inyección supervisada. La JIFE hace un llamamiento para que se sigan desplegando esfuerzos encaminados a fomentar la investigación en esos ámbitos con miras a aplicar sus resultados en tratamientos e intervenciones basados en datos científicos que cumplan los requisitos de los tratados de fiscalización internacional de drogas.