

Las políticas en drogodependencias desde la Organización Mundial de la Salud.

Mario Argandoña Yáñez.

Jefe de la Unidad de Tratamiento y Atención.
Programa sobre Sustancias de Abuso.
División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias.
Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Resumen.

La O.M.S. sustenta sus políticas en el objetivo de que todas las personas alcancen el nivel máximo posible de salud y bienestar. Con el propósito de desarrollar la estrategia de Salud Para Todos, y con el apoyo de una red internacional de donantes, instituciones y expertos, la O.M.S. produce conocimientos y recomendaciones para fortalecer los programas nacionales e internacionales de drogodependencias y para aumentar su efectividad con la participación de la comunidad. La O.M.S. sostiene que el uso de todas las sustancias psicoactivas es potencialmente perjudicial y promueve respuestas de salud pública para prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad debidas al uso de estas sustancias.

1.- Reseña de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

1.1.- La Constitución de la OMS.

Al terminar la segunda guerra mundial en 1945, una conferencia internacional en San Francisco diseñó los lineamientos para el funcionamiento de las Naciones Unidas. Durante esta conferencia se afirmó que la salud es uno de los pilares de la paz y se encomendó a un comité la preparación de otra conferencia para considerar la aspiración de dar al mundo una mejor salud.

La Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, acordó que el nuevo organismo sería conocido como la Organización Mundial de la Salud y redactó su Constitución, especificando que, entre sus funciones, estaban la de actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional y ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad. La Constitución fué adoptada por la Conferencia y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. El número de signatarios llega actualmente a 192 Estados Miembros.

La Constitución¹ de la OMS tiene 82 artículos en 19 capítulos. En el cuadro adjunto se transcriben el preámbulo y el primer capítulo.

1.2.- La estructura de la OMS.

Los trabajos de la OMS son llevados a cabo por:

- a) La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) compuesta por delegados representantes de los Estados Miembros.
- b) El Consejo Ejecutivo, integrado por 32 personas, designadas por igual número de Estados Miembros.
- c) La Secretaría, compuesta por el Director General y el personal técnico y administrativo que requiera la Organización.

La Secretaría de la OMS comprende un vasto sistema técnico y administrativo que se distribuye entre la sede central de Ginebra, las 6 Oficinas Regionales y las Oficinas de los Representantes de la OMS en la mayoría de los Estados Miembros. La OMS cuenta también con una red de Centros Colaboradores de Investigación y Entrenamiento, que realizan estudios técnicos y científicos sobre problemas de salud internacionales.

*La Constitución de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*

¹ Organización Mundial de la Salud, Documentos Básicos, 41^a edición, Ginebra, 1996.

Los Estados Miembros de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad para vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es esencial para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicosociales y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud de la gente.

Los gobiernos son responsables de la salud de su población, la cual solo puede ser satisfecha mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Aceptando estos principios, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las partes firmantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado de conformidad con los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas.

CAPITULO I - FINALIDAD
ARTICULO 1

La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.

Adicionalmente, la OMS tiene una nómina de Expertos Internacionales distribuidos en Paneles según las distintas áreas programáticas. Los miembros de estos paneles son renovados periódicamente tomando en cuenta que deben equilibrarse los siguientes aspectos: la representación de las 6 regiones, el género y las distintas disciplinas científicas y profesionales.

La OMS organiza y convoca las sesiones de los Comités de Expertos, los Grupos Científicos, y los Grupos de Estudio de la OMS, constituidos por miembros de los Paneles de Expertos, quienes preparan informes sobre sus deliberaciones técnicas, conclusiones y recomendaciones, estos informes deben ser aprobadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS para orientar las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y apoyar a los Estados Miembros en sus políticas y programas de salud.

La OMS ha otorgado el estatuto de relación oficial, para consulta y colaboración, a 184 organizaciones no-gubernamentales (ONGs) que persiguen metas conformes al espíritu, los fines y los principios de la Constitución de la OMS.

1.3 La evolución de la OMS.

La primera AMS tuvo lugar en 1948, cuando las cicatrices de la segunda guerra mundial empezaban a cerrarse. Sin embargo, aparte de los millones que murieron en la guerra otros millones estaban muriendo de enfermedades prevenibles. La mayoría de la población mundial

seguía viviendo en la pobreza extrema y sufría de desnutrición y de enfermedades transmisibles. Aunque los niños eran los más expuestos a estos riesgos, grandes segmentos de la población estaban desprotegidos por servicios de salud escasos y deficientes. En la comunidad mundial que buscaba establecer unas relaciones internacionales que garanticen un futuro mejor, la salud humana emergió como un valor universal.

En estas circunstancias la OMS declaró *la guerra contra las enfermedades* que tuvo los siguientes episodios:

A comienzos de la década de 1950 se estimó que habían 20 millones de casos de pian, o frambesia, una enfermedad transmisible que afecta la piel y los huesos. Entre 1950 y 1965 fueron tratadas, con una sola inyección de penicilina, 46 millones de personas en 49 países y la enfermedad dejó de ser un problema de salud pública. Pero esta victoria llevó a la errónea convicción de que todas las enfermedades serían igualmente fáciles de vencer.

En 1951 la OMS asumió la coordinación de una campaña mundial contra la tuberculosis, pero en 1960 se vio que la campaña era exitosa en las regiones donde la prevalencia de la enfermedad era baja, pero que no llegaba a los grupos de riesgo. Hoy se estima que más de 20 millones de personas padecen esta enfermedad y que 3 millones de ellas mueren al año.

El mismo año se lanzó el proyecto de control de la malaria y en 1955 el número de casos había disminuído en un tercio. Pero en 1966 la situación era menos promisoriosa, en África no se había hecho ningún progreso y en los países pobres no existían recursos suficientes para sostener el proyecto. Hoy la malaria sigue siendo un mal prioritario pero se lo enfrenta con un sentido de mayor realismo. Cada año se diagnostican 300 a 500 millones de casos y más de 2 millones mueren por esta enfermedad.

A pesar del desencanto de las campañas mencionadas, la AMS votó en 1966 a favor de un esfuerzo decisivo para erradicar la viruela en los 10 años siguientes. Entonces se estimaba que el número de víctimas de la enfermedad llegaba a los 10 a 15 millones al año, de los cuales morían 1,5 a 2 millones. La campaña fue exitosa y la erradicación de la viruela fue certificada en 1980.

Después de erradicar la viruela, se predice que para el año 2000 se habrán eliminado la poliomielitis y las muertes infantiles por tétanos o sarampión, y que no habrán casos nuevos de lepra. Sin embargo, existen amenazas a la salud mundial que persistirán al

comenzar el siglo XXI.

Los principios de la Salud Para Todos en el año 2000 y la Atención Primaria de la Salud.

En la década de 1970 se reveló que más de la mitad de la población del planeta no tenía acceso a una adecuada atención de salud. Se habían detectado las desigualdades entre países y entre grupos dentro de los países.

En 1977 la AMS resolvió que la meta social más importante para la OMS debería ser *que todos los ciudadanos del mundo alcancen para el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva*. Esta resolución fue seguida por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (APS) y la Declaración de Alma Ata, Kazakstan, en 1978, que fue respaldada unánimemente por la AMS en 1979. Todos los Estados Miembros se comprometieron a desarrollar una nueva salud pública basada en mejorar la distribución y el uso de los recursos para la salud, como parte del desarrollo global y en el espíritu de la justicia.

La Declaración de Alma Ata afirma que la APS es la clave para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el año 2000 y pide a los gobiernos formular políticas y estrategias para desarrollar la APS como parte de un sistema integral de salud en coordinación con otros sectores.

La APS es hacer que la atención esencial de salud sea accesible a todos los individuos y las familias en la comunidad, de acuerdo con sus necesidades, con medios aceptables para ellos, y a un costo que la comunidad y el país puedan pagar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, del cual es su núcleo, como del desarrollo global social y económico de la comunidad.

La APS atiende los principales problemas de salud de la comunidad, ofreciendo servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Las comunidades deben participar en el desarrollo de los servicios, para promover la confianza en sí mismas, y reducir la dependencia.

Diez años después de Alma Ata, en una conferencia de Riga en 1988, a la que asistieron los ministros de salud, finanzas y planeamiento de muchos países, se notó que la cobertura de la APS había mejorado pero que subsistían poblaciones sin cubrir. Hoy, que la estrategia de

Salud Para Todos ha sido avalada por los más altos niveles políticos de todos los países, subsiste la diferencia entre lo que se proclama y lo que se practica.

1.4 La Salud en el umbral del siglo XXI.

Desde la Conferencia de Alma Ata, el llamado de la Salud Para Todos en el Año 2000 por medio de la APS unificó y motivó el desarrollo de la salud internacional e hizo importantes progresos al aumentar la expectativa de vida, reducir la mortalidad infantil y mejorar el acceso a los servicios básicos de salud.

Sin embargo, el plazo propuesto se aproxima cuando no todos los países pueden alcanzar la meta. Para citar algunos ejemplos, en 53 países la expectativa de vida al nacer está debajo de los 60 años; hay una gran diferencia en las tasas de mortalidad infantil de los países, y la mortalidad materna en Africa sub-sahariana es tres veces más grande que en el conjunto de los países menos desarrollados.

No habrá Salud Para Todos hasta que se superen estas diferencias, y los esfuerzos de los Estados Miembros para alcanzar el más alto nivel de salud para toda la población no deben disminuir. Simultáneamente, todas las agencias implicadas, y la OMS en primer lugar, deben renovar su compromiso de ayudar a los países más necesitados.

La nueva política de salud para ingresar en el próximo siglo está basada en la equidad y la solidaridad, y está respaldada por estrategias técnicas, políticas y económicas apropiadas para ser universalmente adoptadas con el propósito de orientar las estrategias nacionales y regionales de Salud Para Todos y para desarrollar los mecanismos que permitan a los Estados Miembros el cumplimiento de sus roles y objetivos.

El logro de una mejor salud es una meta realista y encomiable. Para alcanzar la cual existen recursos, conocimientos y capacidad. Lo que se necesita es la voluntad y el compromiso de los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional para aplicarlos en mancomunidad. Éste es el desafío que la OMS pretende responder en los próximos años.

El espectacular aumento de la expectativa de vida no trajo un aumento de bienestar y la calidad de la vida, sino que se acompaña de una epidemia global de cáncer y enfermedades crónicas no transmisibles que se suman a muchas enfermedades infecciosas, algunas nuevas como el SIDA y otras antiguas como la malaria y la tuberculosis.

Estos problemas son especialmente graves por la inadmisibile desigualdad en los niveles de salud y en el acceso a la atención esencial de la salud. La pobreza es la más mortal de

todas las enfermedades, y la desigualdad es un asunto de vida o muerte para miles de millones que pagan con su salud la actual distribución de servicios.

Cada año mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años por causas que pueden prevenirse con pocos centavos de dolar. En un día se puede volar del Japón donde el promedio de duración de la vida es de 79 años para aterrizar en Uganda donde este promedio es de 42.

Cuando se lanzó la estrategia de Salud Para Todos se supuso que los países más ricos ayudarían a los más pobres. Luego de la guerra fría se despertó la esperanza de que la reducción del gasto militar produciría "un dividendo de paz". Sin embargo, la actualidad contradice tal suposición y la equidad en el cuidado de la salud como un derecho humano llega a ser preocupante en muchos países.

Después del énfasis en lo científico y técnico de las primeras campañas contra las enfermedades, la OMS ha aprendido que la salud no puede divorciarse de la política. Tal vez la tarea más importante de la OMS en el siglo venidero sea convencer a la comunidad internacional de la necesidad de un compromiso político para poner la salud y los seres humanos en el centro de las metas del desarrollo.

Tal compromiso político es particularmente necesario en algunos países donde el sector salud tiene escaso poder político, y donde los gastos en salud se ven como un drenaje de los escasos recursos y no como una inversión para el futuro. Actualmente empieza a comprenderse mejor la contribución que la buena salud aporta a la economía, puesto que capacita a los ciudadanos para una vida productiva.

Debe quedar claro, sin embargo, que la responsabilidad de la igualdad no puede ser asumida por un solo sector. La OMS funda los principios de Salud Para Todos y la APS en la contribución de todos los sectores. A pesar de las demoras en aceptar las recomendaciones de la OMS, su posición como agencia técnica y como conciencia sanitaria del mundo sigue avalando sus consejos.

2.- El rol de la OMS en el campo de la farmacodependencia.

2.1.- Las dos funciones de la OMS.

En el campo de la Farmacodependencia, la OMS tiene una función de control y otra de salud pública.

En cuanto a su primera función, la OMS estudia los productos naturales y/o industriales para justificar la inclusión de una sustancia no sujeta aún a fiscalización internacional en las listas de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas de las Convenciones de 1961 y de 1971, o para transferir una sustancia de una de estas listas a otra, o eliminar una sustancia de las listas.²

La OMS ha revisado más de 400 productos, y en base a sus recomendaciones el número de sustancias incluídas en las listas de estupefacientes se ha multiplicado por cinco hasta llegar a 116. En el caso de las sustancias psicotrópicas este número se ha triplicado, llegando a 105. En este contexto, la OMS apoya a los Estados Miembros en sus políticas de control para que el uso de estas sustancias se limite a propósitos médicos y científicos.

En cuanto a la función de salud pública la OMS integra sus actividades en la estrategia global de Salud Para Todos, que promueve una política mundial de equidad, solidaridad y salud, sobre la base de la investigación, el desarrollo de los servicios de atención primaria de la salud y la participación comunitaria.

La OMS proporciona a los países información actualizada, normas y apoyo técnico para desarrollar planes nacionales y programas de prevención y reducción de los problemas de salud relacionados con el uso de sustancias psicoactivas.

2.2.- Las sustancias psicoactivas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10)³ utiliza la locución genérica *Sustancias Psicoactivas* para todas las sustancias naturales o industriales cuyo consumo se relaciona con cambios en los procesos mentales tales como el afecto, la cognición y la conducta. Esta locución es neutra y descriptiva. La palabra *psicoactiva(s)* no

2 Naciones Unidas, **Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes**, Nueva York, 1977, p 17-18.

Naciones Unidas, **Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas 1971**, Nueva York, 1977, p 8-9.

3 **International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), Tenth Revision**, World Health Organizaton, Geneva, 1992 (existe versión en castellano: **Clasificiación Internacional de las Enfermedades ...**)

implica necesariamente que produzca el síndrome de dependencia.⁴ La OMS recomienda no utilizar palabras imprecisas como *droga(s)* y/o *estupefaciente(s)* para designar las sustancias psicoactivas.

La CIE-10 enumera los siguientes clases de sustancias psicoactivas:

- Alcohol
- Opioides
- Canabinoides
- Sedantes e hipnóticos
- Cocaína
- Otros estimulantes, incluyendo la cafeína
- Alucinógenos
- Tabaco
- Solventes volátiles
- Uso múltiple de drogas y otras sustancias psicoactivas

La OMS recalca que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva es potencialmente perjudicial para la salud. En consecuencia, su ámbito de acción sobrepasa las listas de las convenciones internacionales de 1961 y 1971, puesto que estas listas no mencionan las sustancias cuyo consumo es causa de los problemas de salud más graves y difundidos.

La OMS reconoce los controles legales y regulatorios sobre muchas sustancias, pero recomienda que cuando sea apropiado, los programas de salud pública consideren las similitudes en las intervenciones para prevenir y reducir los trastornos debidos al consumo de todas las sustancias psicoactivas, independientemente de su condición legal o ilegal en el mercado internacional.

2.3.-Los trastornos, enfermedades y problemas de salud debidos al uso de sustancias psicoactivas.

La CIE-10 define los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas en la Sección dedicada a los Trastornos Mentales y Conductuales (Sección F de la CIE-10). Las categorías diagnósticas del CIE-10 para identificar estos trastornos, fueron sometidas a pruebas de

4 OMS, *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Geneva, 1994

confiabilidad y validez en más de 100 centros de investigación clínica en 40 países.

Los términos usados por la OMS para los trastornos de salud debidos al uso de sustancias psicoactivas dan precisión a los diagnósticos clínicos, y permiten hacer estadísticas y comparaciones entre los países, adicionalmente, estos términos evitan los prejuicios y la estigmatización de los usuarios.

Los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, incluidos en la Sección F de la CIE-10 son los siguientes:

- Intoxicación aguda
- Uso perjudicial
- Síndrome de dependencia
- Estado de abstinencia
- Trastornos psicóticos
- Síndrome amnésico
- Otros trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas

Todos y cada uno de estos trastornos pueden ser debidos al uso de cualquiera o varias de las sustancias psicoactivas antes enumeradas.

La OMS recomienda desechar de la práctica clínica ciertos términos ambiguos o con connotaciones moralizantes tales como *abuso, adicción, o alcoholismo*.

El síndrome de dependencia (que a veces se usa como sinónimo de términos tales como *adicción, toxicomanía*), aunque debe ser motivo de seria preocupación, constituye una pequeña porción del amplio repertorio de problemas de salud pública relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. En el diseño y desarrollo de los programas y servicios de salud para prevenir y tratar tales problemas es necesario tomar en cuenta la multiplicidad de de los mismos en distintas situaciones, en relación a la salud mental, la delincuencia, los accidentes y traumatismos, las enfermedades físicas, los efectos en los niños y niñas, etc.

En cuanto al manejo de estos problemas de salud, los informes de los últimos 20 años del Comité de Expertos en Farmacodependencia han coincidido en destacar cinco opiniones clave:

- 1.- el uso de sustancias psicoactivas tiene consecuencias negativas para la que pueden estudiarse científicamente y tratarse con procedimientos médicos y

humanitarios;

- 2.- los aumentos en frecuencia o intensidad de estas consecuencias negativas, en una sociedad dada, pueden entenderse aplicando métodos epidemiológicos y controlarse con medidas de salud pública;
- 3.- las políticas para prevenir y reducir el daño producido por el uso de sustancias psicoactivas, deben abarcar a todas estas sustancias;
- 4.- las respuestas sociales, incluyendo los planes nacionales y las leyes, la tradición y la participación de la comunidad, son determinantes de la evolución y las consecuencias del uso de sustancias psicoactivas;
- 5.- los factores que influyen en el comienzo, la continuación, y la cesación del uso, lo mismo que en el surgimiento y evolución de los problemas de salud asociados, son insuficientemente conocidos, por lo que las intervenciones de salud para manejar estos factores necesitan control y evaluación rigurosos.

A parte de los trastornos mentales y conductuales de la Sección F, la CIE-10 menciona otros problemas de salud debidos al uso de sustancias psicoactivas. En las secciones T y X se clasifican como *envenenamiento* las alteraciones graves de las funciones vitales que siguen a la ingestión voluntaria o involuntaria de sustancias psicoactivas. Es un término similar a "sobredosis", "muerte súbita por inhalación de solventes" y otros.

Las enfermedades y lesiones somáticas asociadas con los diagnósticos de *síndrome de dependencia y/o uso perjudicial de sustancias psicoactivas* (que por definición excluye el síndrome de dependencia) son descritas en las secciones correspondientes de la CIE-10, por ejemplo, neuritis, pancreatitis, miocardiopatía, o pelagra que frecuentemente se encuentran asociadas al uso perjudicial de alcohol; cáncer pulmonar, enfisema, arteritis, asociados al uso perjudicial del tabaco; daño cerebral, epilepsia, insuficiencia hepática, asociados al uso de solventes volátiles; VIH/SIDA, hepatitis, malaria, asociados con uso inyectable de sustancias; etc.

La *Clasificación de Lesiones, Discapacidades y Desventajas Sociales*⁵, cuya segunda edición

5 World Health Organization, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), A Manual of Classification Relating to the Consequences of Diseases*, Geneva, 1980.

está en preparación, es importante para detectar y diagnosticar las secuelas que siguen a los trastornos y enfermedades debidos a, o asociados con, el uso de sustancias psicoactivas. Aunque la primera edición de esta clasificación no incluyó las secuelas de los trastornos mentales y conductuales ni las debidas al uso de sustancias psicoactivas, los criterios para definir distintas clases de secuelas son válidos también para la salud mental y el uso de sustancias psicoactivas.

2.4.- El impacto en la salud de los problemas debidos al uso de sustancias psicoactivas.

La OMS estima que actualmente el 8% de las muertes en todo el mundo, son el resultado del consumo de estas sustancias.

El tabaco es causa de un 6% de la mortalidad global, lo cual equivale a más de 3 millones de muerte anuales, sin embargo, si no cambian las tendencias actuales, se predice que para el año 2020 esta proporción se duplicará para llegar al 12,5%, es decir que una de cada 8 muertes será resultado del uso de tabaco.

Este aumento se producirá a costa de los países en desarrollo donde se observa un incremento exponencial del uso de tabaco entre los jóvenes de ambos sexos, lo que probablemente influirá en las tasas de mortalidad dentro de 30 años. Mientras tanto, los países desarrollados han adoptado enérgicas medidas para reducir el uso de tabaco.

El consumo de bebidas alcohólicas es causa de por lo menos 1,5% de la mortalidad global, lo que equivale a 750.000 muertes anuales. Adicionalmente, el consumo de alcohol aumenta en gran medida la carga social y económica de las enfermedades y sus secuelas, por los trastornos y discapacidades que sin producir la muerte afectan por muchos años a muchas personas, por ejemplo: las cirrosis hepáticas, las psicosis, los traumatismos por accidente y violencia, las pérdida de empleo o la criminalidad.

El consumo de alcohol tiende a estabilizarse, e incluso a disminuir, en muchos países desarrollados, mientras que en los países en desarrollo se observa un incesante incremento en la producción y uso de bebidas alcohólicas.

La inhalación deliberada de solventes volátiles es un serio problema de salud pública en muchos países. Estas sustancias, por su bajo costo y fácil disponibilidad, afectan preferentemente a las poblaciones empobrecidas y desprotegidas, tales como los niños y niñas de la calle, los pueblos indígenas y los habitantes de barrios marginales.

El uso de sustancias psicoactivas controladas internacionalmente, incluyendo sustancias

psicotrópicas y estupefacientes, está en alza en todas las regiones, lo mismo que sus consecuencias adversas a la salud. Tales consecuencias se relacionan no sólo con su efecto tóxico/farmacológico, sino también con los riesgos inherentes a ciertas modalidades de consumo, como el uso inyectable y con las conductas asociadas a la criminalización.

El consumo inyectable implica serios riesgos. Se ha detectado la inyección de drogas en 127 países y en 94 de ellos se encuentra la asociación con el VIH. Se estima que cada año mueren 200.000 personas a consecuencia del consumo inyectable, no-médico e intencional, de sustancias psicoactivas. La primera causa de muerte entre estas personas es la *sobredosis* en la que intervienen factores tales como el envenenamiento, las impurezas y otros.

3.- El programa sobre sustancias de abuso (PSA).

Con el propósito de intensificar el apoyo a los Estados Miembros en la prevención y la reducción de las consecuencias adversas del uso del alcohol, el tabaco y otras sustancias psicoactivas, en 1990 la OMS estableció el PSA que desde 1995 forma parte de la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias⁶.

Para dar una respuesta eficaz de salud pública a los problemas debidos al uso de sustancias psicoactivas en el siglo XXI, el PSA plantea para los años 1997-2001 una estrategia que integra los siguientes componentes:

3.1.- Principios conductores.

La estrategia del PSA recoge los principios que orientan la estrategia de Salud Para Todos. Éstos incluyen la necesidad de reducir la inequidad, promover el acceso a la atención primaria de la salud, asegurar la coordinación intersectorial, fomentar la solidaridad y activar el protagonismo de la comunidad en el mejoramiento de la salud.

El PSA estimula alianzas y asociaciones intersectoriales e internacionales para responder con efectividad a la diversidad y complejidad de los problemas debidos al uso de sustancias psicoactivas. En añadidura al sector salud, se buscan socios de importancia estratégica entre los dirigentes políticos, religiosos y profesionales y otros que influyen en la opinión pública, lo mismo que entre las organizaciones no gubernamentales.

6 La sigla en inglés de esta División es MSA

Al admitir estos principios, el PSA se propone encauzar el apoyo técnico y financiero hacia los países y las poblaciones más necesitadas.

3.2.- Objetivos estratégicos.

- Ejercer el liderazgo global para concertar y coordinar las alianzas y acuerdos que faciliten una respuesta global de salud pública a los problemas debidos al uso de sustancias psicoactivas.
- Orientar el desarrollo de aquellos sistemas de salud que aseguren una atención integral, efectiva y de bajo costo a las personas afectadas por estos problemas.
- Promover la investigación, el planeamiento y la evaluación de las políticas y programas de prevención y tratamiento.

3.3.- Criterios estratégicos.

La identificación de criterios estratégicos permite enfocar toda la gama de programas y actividades hacia los objetivos estratégicos. Con tales criterios se facilita la asignación de los recursos hacia las prioridades y hacia la producción de resultados específicos y mensurables. Estos criterios son los siguientes:

- La importancia de un problema para la salud pública, considerando su extensión y la gravedad de sus efectos adversos.
- La oportunidad para reforzar las capacidades locales para responder al problema.
- La viabilidad y la efectividad de las intervenciones preventivas y de tratamiento y rehabilitación.
- La posibilidad de vigorizar el liderazgo de la OMS y la conveniencia de establecer asociaciones.
- La probabilidad de consolidar y ampliar la evidencia científica que sustenta las respuestas de salud pública.
- El compromiso de servir a las poblaciones menos protegidas.

- El cumplimiento de convenios internacionales.

3.4.- Prioridades.

El PSA asigna alta prioridad a los siguientes elementos de la estrategia:

- Revisar las sustancias psicoactivas para su control internacional y apoyar a las agencias nacionales que las regulan.
- Impulsar el desarrollo de políticas, planes y programas nacionales e internacionales para reducir los problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas.
- Impulsar la provisión de servicios eficientes y de calidad y el desarrollo de recursos humanos para responder con equidad a las necesidades de toda la población.
- Recolectar, validar y diseminar información sobre las tendencias y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y sobre las medidas de prevención y tratamiento con mejor relación costo-beneficio.
- Contrarrestar la difusión del VIH/SIDA y otras infecciones en cuanto se relaciona con el uso de sustancias psicoactivas.
- Reforzar la capacidad de los países para la investigación, particularmente en epidemiología y en la evaluación de la prevención y el tratamiento.
- Fomentar la colaboración local y la articulación intersectorial para potenciar las estructuras de la comunidad y su protagonismo.

3.5.- Organización.

El PSA tiene tres unidades operativas: (I) la Unidad de Prevención, Promoción e Información, que incluye el Programa de "Tabaco o Salud"; (II) la Unidad de Tratamiento y Atención; y (III) la Unidad de Control y Regulación⁷. Estas unidades emplean profesionales

⁷ Las respectivas siglas en inglés son las siguientes: **PAP** (Prevention, Advocacy and Promotion); **TOH** (Tobacco Or Health); **TAC** (Treatment and Care), y **RCU** (Regulatory Control Unit).

que cubren diversas disciplinas de la medicina y la salud pública, las ciencias sociales y la investigación y que coordinan su trabajo con equipos que comprenden a las tres unidades.

El PSA aprovecha además las contribuciones de las 6 Oficinas Regionales de la OMS y la red de Centros Colaboradores de Investigación y Entrenamiento. Esto posibilita la visión global de los problemas y la participación de las instituciones científicas con más capacidad y experiencia. Adicionalmente se consulta regularmente a los miembros del Panel de Expertos, entre cuyos miembros se selecciona a los expertos internacionales que participan en las sesiones del Comité de Expertos en Farmacodependencia.

Desde 1949, la OMS convoca periódicamente al Comité de Expertos en Farmacodependencia que tendrá en 1998 su sesión 31a.

3.6.- Monitoreo y evaluación.

Para monitorizar y evaluar los progresos e impactos de las estrategias y el empleo de los recursos, es imprescindible contar con indicadores verificables, confiables, integrales y pertinentes para cada uno de los objetivos y estrategias. El monitoreo aumenta la flexibilidad de la estrategia y las oportunidades para su reformulación y ajuste frente a los cambios en los procesos de ejecución y en las tendencias del uso de sustancias. Para posibilitar el monitoreo y la evaluación, el plan de trabajo del PSA presenta objetivos y actividades específicos, factibles, mensurables y con plazos de tiempo.

3.7.- Logros del PSA.

El PSA ha organizado 4 sesiones del Comité de Expertos en Farmacodependencia, que ha deliberado en tales ocasiones sobre los avances de la prevención y el tratamiento de los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, así como sobre la revisión de varias sustancias para recomendar su ubicación en las listas de control internacional.

Se han reforzado y ampliado las redes de colaboración, incluyendo nuevos Centros Colaboradores y organismos del sistema de Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, y miembros del Panel de Expertos.

El PSA continúa las actividades del Programa "Tabaco o Salud", coordinando con los Centros Colaboradores de la OMS el desarrollo de políticas nacionales e internacionales y modelos de investigación sobre los temas de salud relacionados con el tabaco. Organiza la celebración del *Día Mundial Sin Tabaco* y está preparando una convención para considerar el

control internacional del tabaco.

Una actividad importante es la disseminación y popularización de los conocimientos que se producen sobre la relación entre tabaco y salud, particularmente la preparación y publicación de las "Guías para controlar y monitorizar la epidemia de tabaco". Se ha establecido una red de centros locales de investigación en países en desarrollo para monitorizar los efectos del tabaco sobre la salud y se envían misiones a los Estados Miembros para asesorar los planes nacionales, particularmente en países de Europa Central y del Este.

El PSA desarrolla y prueba sobre el terreno una serie de instrumentos, guías y metodologías cuantitativas y cualitativas para reforzar la capacidad nacional en la apreciación de la extensión y la naturaleza de los problemas debidos al uso de sustancias psicoactivas.

Se desarrollan modelos innovativos de prevención primaria entre jóvenes de países de Europa Central y del Este y de Africa Meridional.

Preparación y puesta a prueba de manuales para planear y desarrollar la evaluación de los servicios y sistemas de tratamiento, para dar opciones de acción y para mejorar la calidad de la atención.

Programas para la prevención de los problemas debidos al uso de alcohol y otras sustancias entre los trabajadores y sus familias, en cooperación con la OIT y el PNUCID, incluyendo la preparación de manuales para establecer programas preventivos en el lugar de trabajo.

En 20 sitios de distintos países, se desarrollan la metodología y los instrumentos para trabajar con niños y niñas de la calle que tienen problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas.

El Proyecto del PSA para los Pueblos Indígenas es un proyecto que estimula el desarrollo de iniciativas y programas propios de las comunidades indígenas para la solución de sus problemas.

Se ha establecido un Grupo de Trabajo que conduce estudios de campo, en 5 países en desarrollo, para dar protagonismo a la comunidad en el proceso de incorporar dentro de la atención primaria de la salud a los problemas debidos al uso de sustancias psicoactivas.

El proyecto "Oportunidades Iguales para Todos" promueve la aplicación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad para todas las personas con minusvalías, discapacidades y desventajas sociales causadas por enfermedades físicas y mentales o debidas al uso de sustancias psicoactivas.

El PSA desarrolla y coordina una red internacional de investigaciones para estudiar las conductas de riesgo entre las personas que se inyectan drogas. Este trabajo ayuda a entender los factores que influyen en la propagación del VIH y a identificar las intervenciones más efectivas.

Está en marcha un proyecto para estudiar y evaluar diversas modalidades de tratamientos de sustitución, particularmente de opioides.

Dos nuevos proyectos del PSA son el de educación de pregrado para profesionales de la salud, y el estudio de la asociación entre uso de sustancias psicoactivas y conductas sexuales de riesgo.

El PSA ha preparado varias publicaciones para orientar a los Estados Miembros en algunos aspectos de las políticas y programas nacionales, por ejemplo: (I) Deporte y uso de Sustancias Psicoactivas, (II) Legislación sobre Tratamiento y Rehabilitación, (III) Efectos del uso de cannabis sobre la salud, (IV) El estudio OMS/UNICRI sobre la cocaína, y otros.

En relación a la función regulatoria de la OMS, aparte de realizar la revisión de las sustancias psicoactivas para recomendar su ubicación en las listas de sustancias psicotrópicas y de estupefaciente, el PSA desarrolla para los países que lo soliciten, cursos de entrenamiento para el control farmacéutico de las sustancias sometidas a control internacional y para su prescripción médica racional.

Referencias y Bibliografía:

World Health Organization, Alma-Ata 1978, Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 september 1978, Geneva, 1978

World Health Organization, From Alma-Ata to the year 2000 Reflections at the Midpoint, Geneva, 1988

OMS, Serie de Informes Técnicos 836, Comité de Expertos en Farmacodependencia, 28°

Informe, Ginebra, 1993

World Health Organization, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, Geneva, 1994

World Health Organization, Ninth General Programme of Work Covering the period 1996-2001, Geneva, 1994

World Health Organization, The World Health Report 1995, Bridging the gaps, Geneva, 1995

World Health Organization, The World Health Report 1996, Fighting disease Fostering development, Geneva, 1996

World Health Organization, The World Health Report 1997, Conquering suffering Enriching humanity, Geneva, 1997

OMS, Serie de Informes Técnicos, Comité de Expertos en Farmacodependencia, 30° Informe, Ginebra, en prensa.

World Health Organization, Document WHO/MSA/PSA/97.2, Programme on Substance Abuse, Strategy Framework and Workplan 1997, Geneva, 1997.