



COMISIÓN GLOBAL  
DE POLÍTICA DE DROGAS

INFORME DE POSICIÓN

---

# LA CRISIS DE OPIOIDES EN NORTEAMÉRICA

---

Octubre de 2017



## LOS COMISIONADOS

---



**KOFI ANNAN**  
Presidente de la Fundación Kofi Annan y Ex  
Secretario General de las Naciones Unidas, Ghana



**JOYCE BANDA**  
Ex Presidente de Malawi



**PAVEL BÉM**  
Ex Alcalde Mayor de Praga, República Checa



**RICHARD BRANSON**  
Emprendedor, fundador del Grupo Virgin,  
cofundador de The Elders, Reino Unido



**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**  
Ex Presidente de Brasil



**MARIA CATTAU**  
Ex Secretaria General de la Cámara de Comercio  
Internacional, Suiza



**NICK CLEGG**  
Ex Vice Primer Ministro de Reino Unido



**RUTH DREIFUSS (PRESIDENCIA)**  
Ex Presidenta de Suiza y Ex Ministra del Interior



**CESAR GAVIRIA**  
Ex Presidente de Colombia



**ANAND GROVER**  
Ex Relator Especial de las Naciones Unidas sobre  
el derecho de toda persona al disfrute del más alto  
nivel posible de salud física y mental, India



**ASMA JAHANGIR**  
Ex Relator Especial de las Naciones Unidas  
sobre las ejecuciones extrajudiciales,  
sumarias o arbitrarias, Pakistán



**MICHEL KAZATCHKINE**  
Ex Director Ejecutivo del Fondo Mundial para  
la lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis y la  
malaria, Francia



**ALEKSANDER KWASNIEWSKI**  
Ex Presidente de Polonia



**RICARDO LAGOS**  
Ex Presidente de Chile



**OLUSEGUN OBASANJO**  
Ex Presidente de Nigeria



**GEORGE PAPANDREOU**  
Ex Primer Ministro de Grecia



**JORGE SAMPAIO**  
Ex Presidente de Portugal



**GEORGE SHULTZ (PRESIDENCIA HONORARIA)**  
Ex Secretario de Estado, Estados Unidos de  
América



**JAVIER SOLANA**  
Ex Alto Representante del Consejo para la Política  
Exterior y de Seguridad Común de la Unión  
Europea, España



**THORVALD STOLTENBERG**  
Ex Ministro de Relaciones Exteriores y Alto  
Comisionado de las Naciones Unidas para los  
Refugiados, Noruega



**MARIO VARGAS LLOSA**  
Escritor e intelectual público, Perú



**PAUL VOLCKER**  
Ex Presidente de la Reserva Federal de Estados  
Unidos y del Consejo para la Reconstrucción  
Económica, Estados Unidos



**ERNESTO ZEDILLO**  
Ex Presidente de México

## TABLA DE CONTENIDOS

---

RESUMEN EJECUTIVO	3
SITUACIÓN ACTUAL	5
ORIGEN DE LA CRISIS	6
Aumento de los opioides recetados	6
Aumento del uso no médico	7
Tratamiento y servicios inadecuados	7
Transición de los opioides recetados a la heroína y a los opioides sintéticos	9
LA EPIDEMIA EN CANADÁ	9
REACCIONES DE LAS AUTORIDADES Y DE OTRAS PARTES	10
LECCIONES APRENDIDAS	11
Falta de servicios de tratamiento y de reducción de daños	12
Tratamiento del dolor crónico	12
¿Se trata de una crisis exclusivamente de Norteamérica?	13
RECOMENDACIONES	14



## RESUMEN EJECUTIVO

---

Norteamérica se enfrenta a una epidemia de adicción a los opioides y de casos de sobredosis de opioides con un índice de mortalidad sin precedentes. La crisis radica en la ampliación del uso médico de opioides desde el decenio de 1990 para dar respuesta legítima al tratamiento deficiente del dolor, pero que pronto fue aprovechada de forma poco ética por compañías farmacéuticas intentando aumentar sus ingresos. Este aumento de la oferta también promovió niveles altos de desvío a una parte de la población con dificultades económicas y en situaciones vulnerables. La actual ola de dependencia de opioides difiere de las crisis de heroína de los años ochenta y noventa, tanto respecto a su magnitud como a los antecedentes sociales de gran parte de los grupos poblacionales afectados. En Canadá – el segundo país del mundo en cuanto a consumo de opioides por habitante, después de Estados Unidos – el aumento del número de muertes por sobredosis está más ligado a la mayor potencia de las drogas consumidas, o a las mezclas con otras drogas, en regiones en las que ya existía una incidencia relativamente alta del consumo de heroína.

Las reacciones iniciales consistieron en limitar el número de recetas y en ofrecer pastillas más difíciles de manipular. No obstante, la disminución del suministro de opioides recetados llevó a una minoría relevante de personas que padecían adicción a los mismos a consumir heroína ‘de calle’, más barata y accesible. En consonancia con la denominada «ley de hierro de la prohibición», los opioides más baratos y potentes, incluidos el fentanilo y sus derivados, empezaron a aparecer cada vez más en el mercado. Esto ha acelerado aún más el índice de mortalidad por sobredosis.

Los medios de comunicación y la atención gubernamental han hecho hincapié en el suministro por los médicos. El hecho de que la mayoría de los casos de adicción comiencen con el desvío de suministros, y no entre pacientes con dolor, se ha ignorado ampliamente. Los responsables políticos tampoco han abordado el papel de la difícil coyuntura económica, el desempleo y la desigualdad, entre otros aspectos sistémicos de desesperación social, en lo relevante al aumento del riesgo de adicción y la disminución de las posibilidades de recuperación. Los sistemas sanitarios carecen completamente de preparación adecuada, y en los servicios de tratamiento siguen predominando los programas orientados a la abstinencia, en los que no cabe observar normativa alguna. Además, el prejuicio contra los tratamientos más eficaces para la adicción a los opioides, como las terapias de sustitución con opioides (OST, por sus siglas en inglés), ha contribuido, entre otros factores, a

la falta de tratamientos para las personas que los precisen. La terapia de sustitución con opioides ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de casos de adicción a la heroína y debería ofrecerse a personas con dependencia o adicción a opioides recetados.

Si bien los medios de comunicación y los políticos se han mostrado más abiertos en años recientes a considerar la adicción como un problema de salud pública, se necesita de liderazgo para dar una respuesta urgente y conmensurada a la crisis. Con el objeto de hacer frente a la crisis actual, la Comisión Global de Políticas de Drogas recomienda:

- No interrumpir el suministro de opioides recetados sin adoptar previamente las medidas de apoyo necesarias. Esto incluye dar suficientes opciones de tratamiento para las personas que padecen adicción, así como alternativas viables para los pacientes con dolor;
- Fomentar ampliamente las intervenciones de reducción de daños, en particular la distribución de naloxona y las actividades de formación con respecto a la misma, la terapia de sustitución con opioides de bajo umbral, el tratamiento asistido con heroína, los programas de suministro e intercambio de agujas y jeringuillas, salas supervisadas de consumo y el análisis de sustancias ('drug checking'). En los Estados en los que aún no se haya hecho, cabe introducir la regulación legal del consumo médico de la marihuana;
- Esta crisis motiva la necesidad de contar con una regulación formulada y aplicada adecuadamente, en particular directrices y actividades de formación, en materia de administración de recetas, y actividades de supervisión periódicas. El objetivo es lograr un equilibrio reglamentario que permita prestar atención sanitaria de forma eficaz para paliar el dolor, al tiempo que se minimiza el consumo ilícito de fármacos. Ello comprende la mejora de la regulación de la relación entre las industrias farmacéuticas, de una parte, y entre los médicos y las entidades legisladoras, de otra, así como de las pautas de administración de recetas para garantizar alivio a los pacientes con dolor y la formación médica en materia de administración de recetas de opioides sobre la base de evidencia, por medio del financiamiento de organismos neutrales;

- Promover la despenalización de facto del consumo y de la posesión de drogas para consumo personal a escalas municipal, urbana o estatal/provincial; y no penalizar tales delitos y velar por que las personas que precisen servicios sanitarios y sociales puedan acceder a los mismos de forma libre y sencilla, sin temor a coerción en el ámbito jurídico;
- Fomentar la realización de estudios en esferas clave, en particular:
  - Los tratamientos más eficaces frente a la adicción a los opioides recetados;
  - El vínculo entre los problemas de índole económica, física o psicológica y la crisis de opioides (“crisis de desesperación”);
  - El grado exacto de repercusión del fentanilo y sus derivados en las sobredosis, especialmente la forma de incorporar el fentanilo y el momento en que se hace, y la determinación del posible efecto positivo de la distribución de kits de análisis.

Si bien estas recomendaciones, de seguirse, contribuirían a reducir sustancialmente la tasa de mortalidad asociada a los opioides en Estados Unidos y en Canadá, siguen existiendo problemas subyacentes. La Comisión Global de Política de Drogas ha abogado sistemáticamente por la despenalización del consumo y de la posesión de drogas para uso personal, y por alternativas a las sanciones a los infractores no violentos y de bajo nivel que operan en los mercados ilegales de drogas. La penalización del consumo y la posesión de drogas tiene poco o nulo impacto en el nivel de consumo de las mismas; en cambio fomenta los comportamientos de alto riesgo, tal y como las inyecciones inseguras, y disuade a la gente que necesita tratamiento, de solicitarlo, y de utilizar otros servicios sanitarios o programas de reducción de daños que podrían resultarles útiles. Los beneficios sanitarios, económicos y sociales de la despenalización se han demostrado ya en los países que aplican estas medidas desde hace varios decenios.

La Comisión Global de Política de Drogas también ha solicitado la erradicación de los mercados ilegales de drogas mediante la regulación de diferentes drogas de acuerdo con los riesgos que conllevan. La forma más eficaz de paliar los importantes daños asociados al régimen de prohibición de drogas a nivel internacional y de promover los objetivos de salud y seguridad públicas es facilitar el control de las drogas a través de una regulación legal responsable. En consecuencia, la Comisión proporciona las recomendaciones adicionales de gran alcance que se enumeran a continuación:

- Poner fin, a nivel nacional, a la criminalización y al encarcelamiento de las personas que consumen drogas en Canadá y en Estados Unidos;
- Autorizar y promover proyectos piloto que conduzcan a la regulación responsable de drogas actualmente consideradas ilegales, incluidos los opioides, con el objeto de reemplazar y erradicar las organizaciones criminales que actualmente promueven su consumo en el mercado ilegal y se lucran del mismo.



© PureRadiancPhoto/Shutterstock

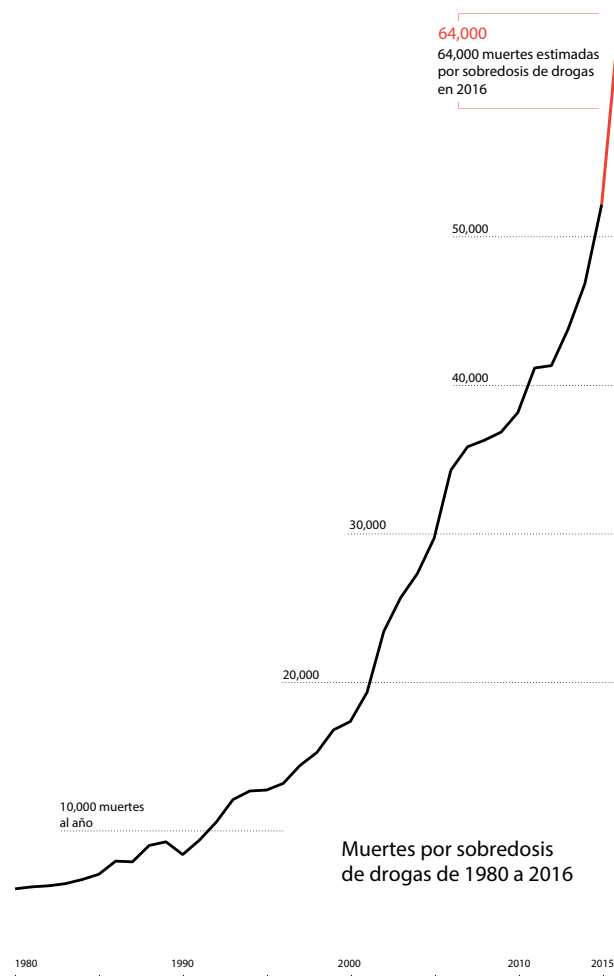
## SITUACIÓN ACTUAL

En Estados Unidos, alrededor de 64.000 personas fallecieron por sobredosis de droga en 2016.<sup>1</sup> La inmensa mayoría de esas muertes tuvieron relación con un opiáceo<sup>2</sup> que incluye derivados del opio como la heroína, la morfina, la oxycodona y las drogas sintéticas, así como variedades de fentanilo. La mayoría de los casos de muertes por sobredosis de opiáceos se produjeron por una combinación o mezcla de drogas (poli-consumo), es decir, un opiáceo y, por lo general, una sustancia de tipo depresora como el alcohol o fármacos para combatir la ansiedad, como las benzodiacepina; y en ocasiones, estimulantes como la cocaína.<sup>3</sup> La sobredosis constituye actualmente la principal causa de muerte accidental en Estados Unidos. Cada año provoca más víctimas mortales que las que se producen en accidentes de tráfico, y se cobra más vidas que el número de soldados norteamericanos fallecidos en los años más sangrientos de la Guerra de Vietnam (16.899 en 1968), o en los años de mayor incidencia de la epidemia del VIH/SIDA en Estados Unidos (43.115 en 1995).

Si bien Canadá no lleva datos estadísticos a nivel nacional, en 2016 se registraron 2.458 casos de muerte por sobredosis de opiáceos, excluyendo Quebec, región para la que no se dispone de información.<sup>4</sup> La variación a nivel regional, las diversas variables demográficas y la falta de datos a nivel nacional en Canadá hacen que actualmente no se disponga de un método adecuado y preciso para comparar sus datos epidemiológicos con los de Estados Unidos, si bien el análisis comparativo de dos localidades puede proporcionar una idea del alcance de la crisis. En el condado de McDowell (West Virginia), el más afectado en Estados Unidos, se registró una tasa de mortalidad por sobredosis de 93 por cada 100.000 habitantes en 2013-2015.<sup>5</sup> En la costa de Vancouver, la localidad más afectada en Canadá, se ha registrado en lo que ha transcurrido de 2017 una tasa de 42 por cada 100.000 habitantes.<sup>6</sup> Hay indicios de que las poblaciones indígenas en Canadá se ven afectadas de manera desproporcionada<sup>7</sup> y de que el aumento del número de muertes por sobredosis provocadas por la mayor potencia, o la mezcla con otras sustancias, en zonas en las ya existía una incidencia relativamente elevada del consumo de heroína, es mayor en Canadá que en Estados Unidos.

Si bien los medios de comunicación y la clase política en Estados Unidos han considerado habitualmente la adicción a los opiáceos como un problema específico de la comunidad afroamericana, y asociado a una población de bajos recursos, al que se ha dado respuesta con la imposición de severas sanciones penales; diversos estudios ponen de manifiesto que desde el decenio de

1960 al menos la mitad de las personas que han padecido trastornos por consumo de opiáceos han sido de raza blanca. En 2010, el 90% de los nuevos consumidores eran de raza blanca.<sup>8</sup> Aunque la adicción a la heroína se ha considerado habitualmente como un problema urbano, la actual epidemia ha repercutido gravemente en comunidades rurales. Si bien la adicción a los opiáceos sigue incidiendo especialmente en las personas más pobres, la epidemia afecta, en particular, a las personas que han padecido las consecuencias más graves de la crisis financiera de 2008, es decir, la clase trabajadora y las personas que han dejado de pertenecer a la clase media o que anhelaban, infructuosamente, formar parte de la misma.<sup>9</sup>



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention; state health departments, county coroners and medical examiners

THE NEW YORK TIMES

Adaptado de The New York Times

La política de drogas en los Estados Unidos cuenta con un historial de agravios raciales, en el que las medidas de la aplicación de la ley han recaído de forma desproporcionada en las comunidades de color. Las políticas actuales sobre drogas se caracterizan por la aplicación represiva de la ley, condenas mínimas obligatorias de larga duración y la encarcelación masiva de personas de color.<sup>10</sup> Sin embargo, ya el problema actual es considerado como afectando

principalmente a la población blanca, ha surgido la nueva figura de una víctima inocente merecedora de empatía y de acciones menos punitivas.<sup>11</sup> En los últimos años, los medios de comunicación y los políticos se han mostrado más abiertos a considerar la adicción un problema de salud pública y a ampliar las medidas de tratamiento y de reducción de los daños, entre ellas la distribución de naloxona.<sup>12</sup>

## ORIGEN DE LA CRISIS

### AUMENTO DE LOS OPIOIDES RECETADOS

El problema actual radica en los esfuerzos desplegados para dar respuesta legítima al tratamiento deficiente del dolor, que pronto aprovecharon las compañías farmacéuticas para ampliar sus oportunidades de mercado. Las normativas laxas para la comercialización de productos farmacéuticos y su venta directa a médicos por medio de representantes farmacéuticos contribuyeron a agravar los

daños asociados a las drogas. Tanto en el sistema sanitario universal de Canadá como en el sistema de Estados Unidos, basado en el mercado, existen numerosas prácticas legales que incentivan el aumento de la administración de recetas. Por ejemplo, por medio de representantes farmacéuticos que, con determinada información, se dirigen a médicos específicos para lograr que administren más recetas; la

### DEPENDENCIA Y ADICCIÓN

A fin de entender la epidemia de opioides, es fundamental distinguir dos conceptos que a menudo se confunden: adicción y dependencia.

La **dependencia** conlleva la necesidad de consumir una sustancia habitualmente para evitar los síntomas de abstinencia si se interrumpe su consumo repentinamente. Es la consecuencia natural de consumir periódicamente ciertos medicamentos (incluyendo los opioides, determinados medicamentos para controlar la presión sanguínea y los antidepresivos). Afecta a casi todos los pacientes que toman opioides diariamente durante varios meses.

La **adicción**, por su parte, es definida por el Instituto Nacional de Estados Unidos sobre Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) como un estado "caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de drogas, a pesar de sus consecuencias dañinas".<sup>13</sup> Únicamente afecta a una minoría

de personas que toman opioides. Se estima que menos del 8% de los pacientes con dolor crónico que no han padecido previamente ninguna adicción y que toman opioides a largo plazo desarrollan nuevas adicciones.<sup>14</sup>

Por ejemplo, los pacientes estables a los que se administra metadona y buprenorfina como terapia para la sustitución de opioides tienen dependencia, pero no adicción, distinción que cabe tener en cuenta.<sup>15</sup> Lamentablemente, en el Manual sobre Diagnóstico y Datos Estadísticos (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría figuró el término "dependencia de sustancias" para aludir a la adicción<sup>16</sup> hasta que se publicó el actual manual DSM-5 en 2013, en el que se utiliza el término equivalente "trastorno por uso de sustancias, severo".

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, denominada actualmente

CIE-10, sigue empleando el término "dependencia" para referirse al consumo compulsivo de una sustancia a pesar de sus consecuencias negativas,<sup>17</sup> en lugar de aludir sencillamente a la necesidad de consumir droga habitualmente.

Por otro lado, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) establece que el **consumo problemático de drogas** (o el consumo de drogas de alto riesgo) constituye un "consumo recurrente de drogas que provoca daños reales (consecuencias negativas) a la persona (incluida dependencia, entre otros problemas de salud, psicológicos o sociales), o que hace que esa persona posea una elevada probabilidad de padecer esos daños, o corra un grave riesgo de padecerlos".<sup>18</sup>

concesión de bonos a representantes comerciales para propiciar un aumento del número de recetas; la realización de pagos a médicos para que participen en coloquios y presten ciertos servicios; la proporción de información inexacta sobre riesgos inherentes<sup>19</sup> y (en Estados Unidos) el énfasis en medidas de satisfacción de los pacientes.<sup>20</sup>

Los intentos de fomentar los opioides recetados para tratar no solo el dolor agudo y en pacientes con cáncer terminal sino el dolor crónico, comenzaron a principios de la década de 1990. No obstante, uno de los principales catalizadores de la epidemia fue la introducción de oxicodona de liberación prolongada (Oxycontin) en 1996, habida cuenta del menor riesgo de adicción que provoca y de su eficacia durante 12 horas,<sup>21</sup> según su fabricante. Esta afirmación perjudicó tanto a los pacientes como a los consumidores ilícitos. A los pacientes que padecían dolor y agonía en menos de las 12 horas se les pidió que tomaran dosis más elevadas, en lugar de aumentar la frecuencia de las dosis.

Algunos usuarios constataron rápidamente que las pastillas podían triturarse para mermar su mecanismo de liberación temporal, y aspirarse o inyectarse para obtener una droga altamente adictiva de corta duración. Además, la información sobre el consumo indebido de esa droga y los debates sobre sus efectos se propagaron rápidamente a través del uso, cada vez mayor, de internet y de otros medios. En un estudio se señaló que seis meses después del aumento de la cobertura mediática sensacionalista de los opioides, el índice de mortalidad asociado a los mismos aumentó en conjunto, explicando el 88% de la variación en las tasas de mortalidad.<sup>22</sup>

### AUMENTO DEL USO NO MÉDICO

El número de opioides recetados para tratar el dolor crónico aumentó enormemente a partir de mediados del decenio de 1990.<sup>23</sup> No obstante, el 65% de las recetas de opioides siguen administrándose para el tratamiento del dolor agudo, tales como para fines quirúrgicos o dentales, cuya cantidad también ha aumentado sustancialmente.<sup>24</sup> Por lo general, únicamente la tercera parte (1/3) de las pastillas recetadas para el dolor agudo son usadas por los pacientes<sup>25</sup> y las pastillas no utilizadas adquieren un elevado valor monetario, puesto que cada pastilla podría venderse por 30 USD o incluso más. En un contexto de desigualdad cada vez mayor, de pérdidas de puestos de trabajo en el sector industrial y de desempleo de larga duración, y los efectos de la crisis financiera de 2008, la tentación de consumir drogas para alivio emocional o para venderlas por dinero ha sido cada vez mayor.

Durante la crisis, los medios de comunicación han puesto de manifiesto los "víctimas inocentes", es decir, personas que se volvieron adictas tras haberseles administrado opioides

con fines médicos. No obstante, de los datos disponibles en Estados Unidos relativos a años recientes, se desprende que el 70-80%<sup>26</sup> de las personas que consumen opioides de forma indebida no los obtienen a través de su médico, sino por medio de otras fuentes, por lo general familiares o amigos, o sencillamente tomándolos de botiquines médicos de otras personas. Aunque el dolor crónico es más frecuente en personas de mayor edad, el riesgo de adicción es más elevado entre los jóvenes. Los nuevos casos de adicción son poco frecuentes en pacientes que padecen dolor, pero no adicción, y que tampoco la han padecido en el pasado (incluido alcoholismo), ni sufren enfermedades mentales.<sup>27</sup> También se ha señalado un aumento de la disponibilidad de los opioides recetados entre los que ya están consumiendo drogas.<sup>28</sup>

### TRATAMIENTO Y SERVICIOS INADECUADOS

Los norteamericanos que padecen adicción a los opioides recetados se encuentran frente a sistemas sanitarios que no están preparados para atender a sus necesidades. Tanto en Estados Unidos como en Canadá el tratamiento que se administra se sigue basando en programas de abstinencia.<sup>29</sup> La recaída después de la desintoxicación es muy frecuente y en esa fase, el riesgo de sobredosis aumenta debido a la pérdida de tolerancia.<sup>30</sup> En cambio, la terapia de sustitución con opioides ha demostrado su eficacia para reducir la tasa de mortalidad, por lo general utilizando metadona o buprenorfina.<sup>31</sup>

Los prejuicios contra la terapia de sustitución con opioides mediante metadona y buprenorfina, así como la excesiva regulación de estos fármacos, han dificultado la respuesta a la crisis. En Estados Unidos, al 2015, únicamente el 8-10% de los programas de tratamiento han ofrecido una terapia de sustitución con opioides,<sup>32</sup> a menudo en períodos demasiado breves para ser eficaz.<sup>33</sup> En cierta medida, se ha ampliado la cobertura de los seguros para el tratamiento de la adicción, y "paridad" con respecto al tratamiento del estado físico es obligatoria, en virtud de lo establecido en la Ley sobre Atención Médica Asequible. No obstante, no hay normativas federales que los proveedores de tratamiento tengan que cumplir, y la atención sanitaria que se ofrece raramente se basa en evidencias.<sup>34</sup> El tratamiento fraudulento, abusivo o negligente, es frecuente.<sup>35</sup>

La excesiva regulación de la terapia de sustitución con opioides hace que el tratamiento con metadona se ofrezca exclusivamente en clínicas especializadas muy reguladas. Aunque la buprenorfina puede ser recetada por médicos fuera de las clínicas, las numerosas trabas administrativas hacen que el número de médicos facultados para ello sea muy reducido. Por otro lado, a pesar de la demanda existente, a menudo abrumadora, cada médico puede tratar como máximo a 275 pacientes.<sup>36</sup>

## TERAPIA DE SUSTITUCIÓN CON OPIOIDES, MANTENIMIENTO Y TRATAMIENTO BASADO EN MEDICACIÓN

La terapia de sustitución con opioides (OST por sus siglas en inglés), también denominada terapia de reemplazo de opioides (ORT), terapia con agonistas opioides (OAT), o mantenimiento, conlleva la sustitución del consumo de opioides 'de la calle' por un consumo médico, sujeto a cierto grado de supervisión, por lo general con opioides de acción más duradera. La metadona y la buprenorfina (Suboxone, Subutex) son los fármacos más habituales utilizados en las terapias de sustitución de opioides.

La terapia de sustitución con opioides, si se prolonga durante el tiempo necesario o incluso indefinidamente, es el único tratamiento que ha demostrado reiteradamente su capacidad para reducir al menos en un 50% la tasa de mortalidad por adicción a los opioides,<sup>37</sup> y constituye el método más eficaz conocido para tratar dicha adicción, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>38</sup> Su uso es refrendado por varios organismos de las Naciones Unidas,<sup>39</sup> el Instituto Nacional de Estados Unidos sobre Abuso de Drogas,<sup>40</sup> el Servicio de Salud de Canadá,<sup>41</sup> el Instituto Nacional del Reino Unido para la Excelencia en la Atención Sanitaria<sup>42</sup> y el Instituto de Medicina de Estados Unidos,<sup>43</sup> entre muchos otros organismos. También se ha demostrado en múltiples ocasiones que la OST contribuye a

reducir la propagación del VIH y de otras enfermedades de transmisión sanguínea, así como el consumo de drogas, incluido por inyección, así como a disminuir el índice de delincuencia.<sup>44</sup>

La persona que recibe una terapia de sustitución con opioides no se siente drogada ni sufre síntomas de abstinencia. Su sensación de apetencia se ve reducida. Su adicción se sustituye por la dependencia física. Una vez que su estado es estable, la mayoría de los pacientes pueden conducir, trabajar y cuidar de sus familias,<sup>45</sup> beneficiando de ya no ser penalizados. Otros pacientes, también pueden beneficiar de la terapia de sustitución con opioides, puesto que ello contribuye a reducir su riesgo de sobredosis manteniendo la tolerancia a los opioides (es decir, un paciente que reincide en el consumo de heroína puede soportar la dosis a la que estaba acostumbrado) y a reducir su frecuencia de consumo.

En Europa existen numerosa documentación científica que demuestra que el control del acceso a la heroína farmacéutica (tratamiento asistido con heroína, o HAT por sus siglas en inglés) es eficaz para el reducido grupo de personas para las que el tratamiento con metadona no ofrece resultados positivos.<sup>46</sup> Fármacos como la

hidromorfona (Dilaudid) también resultan prometedores.<sup>47</sup>

En Estados Unidos se aprobó en 2010 una variedad de naltrexona inyectable de acción prolongada (Vivitrol) administrada mensualmente como tercera posibilidad de medicación para tratar la adicción a los opioides.<sup>48</sup> En Estados Unidos, la terapia de sustitución con opioides y la naltrexona de liberación prolongada se agrupan en la categoría de **tratamiento asistido con fármacos (MAT** por sus siglas en inglés), con objeto de distinguir estos tratamientos de los métodos de abstinencia exclusiva. Se han publicado menos de media docena de ensayos clínicos sobre la naltrexona de acción prolongada en los que se ponen de manifiesto resultados esperanzadores en términos de disminución de la recaída.<sup>49</sup> No obstante, se dispone de pocos datos a largo plazo y no se ha demostrado que la naltrexona de liberación prolongada contribuya a reducir las tasas de mortalidad o de enfermedad. Podría incluso incrementar el riesgo de muerte por sobredosis al interrumpir su consumo.<sup>50</sup> El uso de Vivitrol no está aprobado en Canadá, si bien puede disponerse del mismo en el marco del programa de acceso especial que fue creado en dicho país para dar respuesta a la crisis de los opioides.<sup>51</sup>

## TRANSICIÓN DE LOS OPIOIDES RECETADOS A LA HEROÍNA Y A LOS OPIOIDES SINTÉTICOS

El gobierno estadounidense comenzó a combatir en 2010 los llamados “pill mills”, donde doctores y farmacias cooperaron para administrar recetas de opioides sin tener en cuenta la necesidad médica real de los pacientes.<sup>52</sup> En ese mismo año se introdujo una fórmula destinada a “disuadir del abuso” de Oxycontin.<sup>53</sup> A raíz de ello, varias personas que eran adictas a los opioides recetados pasaron a consumir heroína, que era más barata y sencilla de consumir.<sup>54</sup> Alrededor del 80% de las personas con trastornos por consumo de opioides comienzan tomando pastillas recetadas. De los que comienzan a consumir opioides recetados, menos del 4% prueba la heroína.<sup>55</sup> Sin embargo, habida cuenta del gran número de personas que habían comenzado a tomar pastillas de opioides, este porcentaje fue suficiente para desencadenar la crisis de sobredosis, especialmente a raíz del surgimiento de la heroína mezclada con fentanilo y sus derivados. El número de casos mortales registrados en Estados Unidos relacionados con el consumo de fentanilo, aumentó en un 72 por ciento solo entre 2014 y 2015.<sup>56</sup>

El aumento del consumo de fentanilo obedece a la “Ley de hierro” de Richard Cowan sobre prohibición,<sup>57</sup> que explica que, la prohibición estricta de una sustancia promoverá el consumo y la venta de drogas similares pero de mayor potencia, cuyo contrabando es más fácil. Ese es el caso del fentanilo, al ser íntegramente sintético, no precisa el cultivo ni la cosecha de amapolas en el campo, y es más barato de fabricar y transportar. El fentanilo es aproximadamente 50 veces más potente que la morfina por miligramo, y varios de sus derivados son aún más potentes. El carfentanilo, por ejemplo, es 10.000 veces más potente que la morfina.<sup>58</sup>

La transición de los opioides lícitos recetados a la heroína ilícita pone una vez más de manifiesto el escaso margen existente, y a menudo arbitrario, entre las sustancias

## LA EPIDEMIA DEL VIH EN INDIANA

En el condado rural de Scott, Indiana, Estados Unidos, (cuyo población aproximada en 2016 era de 23.730 habitantes), había varias personas adictas al Opana, un opioide recetado. En 2012, el fármaco se “reformuló” haciendo el producto no-inhalable, para disuadir su consumo ilícito. Lamentablemente, esto hizo que los usuarios comenzaran a inyectarlo.<sup>59</sup> El único lugar del condado para la realización de la prueba del VIH, un sucursal de Planned Parenthood, fue desprovisto de financiación y se cerró en 2013.<sup>60</sup> En 2014, cinco personas dieron resultado positivo al realizar la prueba del VIH. La propagación del VIH fue muy rápida y a finales de 2015 se registraron cerca de 200 personas infectadas.

El Gobierno de Indiana se había opuesto desde hace tiempo al suministro de jeringuillas limpias a los usuarios de drogas por razones morales, aun si los datos existentes ponían de manifiesto abrumadoramente que estos programas no redundan en un aumento del consumo de drogas, sino que contribuyen a prevenir la transmisión de VIH. Después de cuatro meses, en los que se registraron 20 nuevas infecciones por semana, el Gobernador (y actual Vicepresidente) Mike Pence aceptó finalmente la implementación de un programa de intercambio de jeringuillas, medida que redujo los daños y resultó eficaz para poner fin al aumento de nuevas infecciones.

psicoactivas lícitas y las ilícitas. Puede haber poca justificación para prohibir y penalizar el consumo de las segundas, al tiempo que se permite prácticamente el consumo incontrolado de las primeras.

## LA EPIDEMIA EN CANADÁ

Si bien Canadá es el segundo país, después de Estados Unidos, respecto al índice de consumo de opioides por habitante y las tasas de sobredosis han aumentado en los últimos años a la par con el del número de recetas administradas,<sup>61</sup> no se dispone de datos estadísticos a nivel nacional sobre índices anuales de sobredosis. En consecuencia, no puede establecerse una clara comparación entre las tasas de sobredosis en Canadá y las de Estados Unidos, ni determinarse en qué medida la epidemia de opioides en Canadá guarda relación con el consumo a nivel médico.

La receta de elevadas dosis de opioides en Canadá se ha asociado al mayor número de visitas a centros de urgencias y de admisiones hospitalarias relacionadas con el consumo de opioides.<sup>62</sup> Sin embargo, casi la mitad de los casos de muertes por sobredosis de opioides en Canadá se dan en la Columbia Británica, que ha contado con elevadas tasas de consumo de drogas inyectables durante décadas. Más del 80% de las víctimas de sobredosis en esta región son hombres,<sup>63</sup> al tiempo que más de la mitad de las personas que padecen dolor crónico son mujeres.<sup>64</sup> Esto indica que la epidemia en Canadá obedece al consumo ilegal, no al médico.

Existen indicios de que el reciente aumento del número de casos mortales guarda relación con la toxicidad del fentanilo y sus derivados fabricado ilícitamente y su actual proliferación, no con el aumento del número de personas cuya adicción se asocia a la administración de recetas para el tratamiento del dolor. Los datos de Columbia Británica demuestran que el aumento del número de víctimas mortales registrado guarda relación exclusivamente con el consumo de fentanilo y sus derivados; no se ha producido ningún aumento del número de casos mortales por sobredosis registrados como consecuencia del consumo de otros tipos de opioides.<sup>65</sup> No obstante, a falta de datos más precisos a nivel nacional, no es posible verificar si esto es válido para todo el país.

A diferencia de Estados Unidos, Canadá cuenta con un sistema universal de atención sanitaria que, a tenor de la experiencia internacional, debería brindar cierta protección frente a un nuevo aumento de casos de sobredosis por opioides. Por ejemplo, según un estudio elaborado en el Reino Unido, la duplicación del número de recetas

administradas no redundó en un aumento de los casos mortales por sobredosis, y los autores sostienen que una de las razones fue el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.<sup>66</sup> Otros factores, como tener menores niveles de desigualdad que Estados Unidos y haber padecido de forma menos grave las consecuencias de la crisis financiera de 2008, también deberían indicar que la crisis de opioides incidirá en menor medida en Canadá.

A pesar de que el gobierno conservador, en el poder hasta hace dos años, se mostró reacio a la ampliación de los servicios de reducción de daños, en particular el establecimiento de salas para inyección segura, en Canadá se prestan relativamente más servicios de tratamiento de mantenimiento y la reducción de los daños que en Estados Unidos. El tratamiento asistido con heroína existe, pero se ofrece únicamente a algunos cientos de personas.<sup>67</sup> El nuevo Gobierno Canadiense apoya la ampliación de los servicios de reducción de los daños, si bien el número de personas que los precisan supera con creces la disponibilidad y el alcance de dichos servicios.<sup>68</sup>

## REACCIONES DE LAS AUTORIDADES Y DE OTRAS PARTES

Tanto en Estados Unidos como en Canadá se ha dado respuesta a la epidemia estableciendo directrices destinadas a los médicos con el objetivo de reducir los opioides recetados,<sup>69</sup> y aplicando sanciones por administración excesiva de recetas. Estas políticas han reducido el suministro a nivel médico, pero la tasa de mortalidad por sobredosis ha seguido aumentando.<sup>70</sup>

El Gobierno de Canadá considera que la adicción es un problema sanitario, no penal,<sup>71</sup> enfoque que cuenta asimismo con apoyo bipartidista en Estados Unidos, sin embargo deteniéndose antes de la descriminalización. No obstante, la actual administración ha manifestado opiniones encontradas, algunas partes tendentes a apoyar un enfoque centrado en la salud, y en otras más proclives a retomar la retórica de “la ley y el orden”.



Conocido como “Needle Park”, Platzspitz in Zürich/Suiza se convirtió en la mayor escena de drogas abiertas en Europa a finales de la década de 1980 y principios de la de 1990. Los servicios de reducción de daños y tratamiento, tales como salas de inyección supervisada y tratamiento asistido por heroína, demostraron ser una respuesta altamente efectiva: las escenas de drogas abiertas desaparecieron rápidamente y las muertes relacionadas con las drogas disminuyeron en un 50% en diez años.

© 1989 Olivia Heussler /clc.li GmbH

Cabe destacar diversos avances logrados al respecto. En varias regiones de Carolina del Norte, la formación médica intensiva, conjugada con medidas de emergencia, ha permitido disminuir el índice de mortalidad.<sup>72</sup> En Seattle se desarrolló un programa de diversión asistida por las fuerzas policiales (LEAD, por sus siglas en inglés) con el fin de evitar el arresto de usuarios de drogas y prestar a los mismos servicios sociales adecuados, incluido tratamiento, de solicitarse. Actualmente se encuentra en fase de pruebas al menos en siete estados, y se prevé ampliar a muchos más.

También se ampliará probablemente otra exitosa intervención destinada a la prevención de la sobredosis. Las salas de consumo supervisado que han arrojado resultados muy satisfactorios en Europa, se implementaron por primera vez en Norteamérica en el marco del programa "Insite", en Vancouver. Las salas de consumo supervisado permiten el consumo de drogas en condiciones seguras, higiénicas y tranquilas, con ayuda médica disponible en caso de sobredosis. No se ha producido ningún caso mortal por sobredosis hasta ahora en ninguna de las salas de consumo supervisado implementadas en unas 66 ciudades de diez países.<sup>73</sup> Los estudios realizados en Insite muestran que esta sala ha contribuido a reducir la tasa local de mortalidad por sobredosis en un 35%,<sup>74</sup> al mismo tiempo que otros estudios demuestran que las salas de consumo supervisado aumentan el número de admisiones para tratamiento, reducen el índice de delincuencia y las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas y no fomentan un consumo de drogas más arriesgado.<sup>75</sup> En Estados Unidos, el marco jurídico relativo a las salas de consumo supervisado no está plenamente definido,<sup>76</sup>

aunque Seattle, Nueva York y San Francisco plantean de abrir algunas. En un lugar no desvelado en Estados Unidos se han supervisado unos 2.500 inyecciones durante tres años, sin que haya habido ningún caso mortal.<sup>77</sup>

De los resultados de más de una docena de estudios realizados hasta la fecha se desprende que la marihuana medicinal puede disminuir el consumo de los opioides, ya sea como tratamiento para el dolor, o como alternativa más segura para quienes padecen adicción. Según uno de esos estudios, en los estados en los que puede disponerse de marihuana medicinal se registra un 25% menos de casos de adicción a los opioides y de índices de sobredosis;<sup>78</sup> en otro estudio se ha demostrado que en estos estados, cada médico administra 1.800 recetas de opioides menos cada año.<sup>79</sup> En un estudio realizado en Massachusetts se puso de relieve que el aumento de la distribución de naloxona como medicamento de reversión de sobredosis permitió reducir las tasas de mortalidad por sobredosis casi a la mitad.<sup>80</sup> Tanto en Estados Unidos como en Canadá se han adoptado medidas para ampliar el acceso a la naloxona de diferentes formas. Muchos estados la proporcionan a los servicios de emergencia, tal como a la policía y a los bomberos. Al 2014, estaban en operación más de 600 programas en Estados Unidos para distribuir naloxona directamente a los usuarios de drogas y a sus familiares o personas allegadas.<sup>81</sup> Al menos 30 estados tienen una "orden permanente" o otras medidas, que permiten que se proporcione naloxona en farmacias sin necesidad de receta médica y en el marco de programas de intercambio de jeringuillas y de rehabilitación.<sup>82</sup>



Insite en Vancouver, BC/Canadá, fue la primera sala de consumo supervisado que se abrió en Norteamérica hace diez años atrás.  
©2011 AFP/Laurent Vu The

## LECCIONES APRENDIDAS

---

El aumento exponencial del suministro de opioides deficientemente controlado, a una población que padece las consecuencias de un contexto económico complicado, y canalizado en determinadas comunidades, como medio de consuelo a corto plazo y de obtención de ingresos, ha tenido consecuencias muy adversas. Si bien algunos pacientes se han beneficiado de un mejor acceso a los opioides como terapia de paliación del dolor, la proliferación de estos fármacos ha tenido consecuencias muy negativas en un momento en que gran parte de la población de Estados Unidos padece estancamiento salarial, con perspectivas económicas inciertas y desempleo.

La reducción del suministro médico, sin haber antes proporcionado servicios adecuados de tratamiento ni de reducción de los daños, hizo que las personas que previamente consumían drogas de dosis y pureza conocidas pasaran a consumir sustancias adulteradas proporcionadas en la calle con una potencia y pureza desconocidas. Esto ha redundado en un aumento de las tasas de sobredosis y de mortalidad.

### FALTA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO Y DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Lamentablemente, reconocer que el problema surgió originalmente con el aumento del suministro médico no conlleva que la reducción de ese suministro sirva para solucionar el problema. Cerrar los "pill mills" y expulsar del sistema sanitario los pacientes sospechosos de ser usuarios ilícitos de drogas no contribuyen a tratar la adicción, sino que sencillamente ofrece a los traficantes de drogas un gran grupo de nuevos clientes.

Con el objetivo de evitar la expansión de los mercados ilícitos, las personas a las que se deja de recetar opioides han de disponer de un acceso inmediato a servicios de reducción de riesgo y tratamientos. Ningún paciente debe estar en una situación donde su acceso a los opioides recetados es cortado de modo sumario. En caso de que se descubra un consumo ilícito, los pacientes deberían transitar sin tropiezos a un tratamiento de mantenimiento, o disponer de otras alternativas, de ser necesario. En caso contrario, el perjuicio causado y los índices de mortalidad seguirán aumentando.

Por otro lado, si bien algunos pacientes pueden beneficiar de asesoría y servicios intensivos de psiquiatría o de formación laboral, además de las terapias de sustitución con opioides, no existen evidencias de hacer la participación en estos un requerimiento sirva para mejorar los resultados.<sup>83</sup> No obstante, la asistencia obligatoria a estos servicios adicionales redundará en un aumento de

costos (limitando el número de pacientes que pueden recibir atención), al tiempo que disuade a las personas que aceptarían medicación con menos restricciones. Esto no es aceptable si las personas fallecen por no poder recibir tratamiento. Los pacientes que persiguen la abstinencia deberían contar con acceso a los servicios pertinentes, si bien también debería prestarse atención de "bajo umbral".

Tanto la metadona como la buprenorfina están sujetas a una regulación demasiado restringida en Estados Unidos; limitar la metadona a clínicas especializadas y restringir el número de pacientes a los que un médico pueda recetar buprenorfina, ha hecho que la terapia de sustitución con opioides sea demasiado difícil de obtener, especialmente en zonas rurales. Canadá permite la administración de recetas de metadona por médicos generales, pero no ha facilitado suficientemente el acceso a la buprenorfina.

La epidemia de opioides en América del Norte también pone de manifiesto que muchas comunidades no están preparadas para prestar los servicios adecuados de reducción de riesgos y ofrecer tratamiento a las personas con adicción. En las comunidades rurales es difícil prestar servicios de forma eficaz; dichas comunidades cuentan con los niveles más elevados de mortalidad por sobredosis y presentan la mayor oposición a ampliar los servicios de reducción de riesgos y de tratamiento de mantenimiento.

Si se interrumpe el suministro de servicios para personas que han dependido previamente de opioides médicos, sin proporcionar un tratamiento adecuado, el riesgo de sobredosis inevitablemente aumentará, ya que se desconoce la pureza y potencia de la sustancia. La única forma de reducir los daños en las personas que padecen adicción a los opioides es proporcionar alternativas más seguras que sean aceptables para ellas, incluidas las terapias de sustitución de opioides con metadona, buprenorfina y heroína de tipo médico o hidromorfona.

### TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

La epidemia también ha puesto de relieve graves problemas en relación con la forma de tratamiento del dolor. Si bien los opioides permiten ayudar claramente a algunos pacientes,<sup>84</sup> para muchos otros no son eficaces, y lamentablemente existen pocas alternativas. Con frecuencia los seguros sanitarios no cubren debidamente la terapia física o el apoyo comportamental para afecciones donde puedan aliviarse los dolores; el acceso a tratamientos alternativos esperanzadores (así como a aquellos cuya eficacia no ha sido demostrada) también es limitado.

Habida cuenta de la prevalencia del dolor crónico que

padecen unos 25-50 millones de personas en Estados Unidos;<sup>85</sup> cabe fomentar sustancialmente las inversiones en el desarrollo de nuevos tratamientos. También hay que mejorar el conocimiento acerca del consumo idóneo de opioides para las personas a las que ello beneficia. Por otro lado, se dan numerosos casos de pacientes con dolor, cuyo consumo se ha interrumpido arbitrariamente, o que ya no pueden obtener opioides; de los resultados de una encuesta promovida en 2016 por los defensores de los pacientes con dolor, se entiende que en Estados Unidos se había reducido o suprimido la dosis de dos tercios (2/3) de los pacientes,<sup>86</sup> aunque no se ha realizado ningún estudio para determinar si para los pacientes con dolor en situación estable con respecto a los opioides la disminución de opioides de forma involuntaria les benefició o les perjudicó.<sup>87</sup> A pesar de que no se dispone de datos suficientes al respecto, los médicos y los defensores de los pacientes han constatado docenas de suicidios conexos.<sup>88</sup> Los pacientes con dolor crónico y en tratamiento paliativo no deberían sufrir porque otras personas las usan de forma inapropiada.

La regulación de la administración de recetas para el tratamiento del dolor debe lograr un equilibrio entre la necesidad de un acceso legítimo, incluido el reconocimiento de las dificultades para la prestación de atención sanitaria, por ejemplo la necesidad de llevar a cabo visitas frecuentes al médico en el caso de pacientes en situación estable, y la realización de los controles apropiados para minimizar la desviación.<sup>89</sup> La regulación de los opioides precisa asimismo un equilibrio adecuado entre las ventajas logradas y los efectos nocivos.

### **¿SE TRATA DE UNA CRISIS EXCLUSIVAMENTE DE NORTEAMÉRICA?**

Por el momento, en Europa, Australia y Nueva Zelanda no se ha constatado una epidemia de opioides comparable a la registrada en Norteamérica.<sup>90</sup> Las tasas de administración de recetas son inferiores en esos países y la mayoría de los mismos cuentan con asistencia sanitaria universal, y aunque en muchos lugares se ha padecido una difícil coyuntura económica, ello ha tenido lugar en gran medida en el marco de una red de seguridad social más sólida. No obstante, el fentanilo y sus derivados han comenzado a aparecer en el Reino Unido, y las epidemias de drogas inciden, en cierta medida, según "pautas de moda" entre los consumidores de drogas que son impredecibles. Los países europeos deben tener en cuenta las conclusiones extraídas en Estados Unidos y Canadá.

## RECOMENDACIONES

- No interrumpir el suministro de opioides recetados sin adoptar previamente las medidas de apoyo necesarias. Esto incluye dar suficientes opciones de tratamiento para las personas que padecen adicción, así como alternativas viables para los pacientes con dolor;
  - fomentar ampliamente las intervenciones de reducción de daños, en particular la distribución de naloxona y las actividades de formación con respecto a la misma, la terapia de sustitución con opioides de bajo umbral, el tratamiento asistido con heroína, los programas de suministro e intercambio de agujas y jeringuillas, salas supervisadas de consumo y el análisis de sustancias ('drug checking'). En los Estados en los que aún no se haya hecho, cabe introducir la regulación legal del consumo médico de la marihuana;
  - esta crisis motiva la necesidad de contar con una regulación formulada y aplicada adecuadamente, en particular directrices y actividades de formación, en materia de administración de recetas, y actividades de supervisión periódicas. El objetivo es lograr un equilibrio regulatorio que permita prestar atención sanitaria de forma eficaz para paliar el dolor, al tiempo que se minimiza el consumo ilícito de fármacos. Ello comprende la mejora de la regulación de la relación entre las industrias farmacéuticas, de una parte, y entre los médicos y las entidades legisladoras, de otra, así como de las pautas de administración de recetas para garantizar alivio a los pacientes con dolor y la formación médica en materia de administración de recetas de opioides sobre la base de evidencia, por medio del financiamiento de organismos neutrales;
  - promover la despenalización de facto del consumo y de la posesión de drogas para consumo personal a escalas municipal, urbana o estatal/provincial; y no penalizar tales delitos y velar por que las personas que precisen servicios sanitarios y sociales puedan acceder a los mismos de forma libre y sencilla, sin temor a coerción en el ámbito jurídico;
  - fomentar la realización de estudios en esferas clave, en particular::
    - los tratamientos más eficaces frente a la adicción a los opioides recetados;
    - el vínculo entre los problemas de índole económica, física o psicológica y la crisis de opioides ("crisis de desesperación");
    - el grado exacto de repercusión del fentanilo y sus derivados en las sobredosis, especialmente la forma de incorporar el fentanilo y el momento en que se hace, y la determinación del posible efecto positivo de la distribución de kits de análisis.
- Si bien estas recomendaciones, de seguirse, contribuirían a reducir sustancialmente la tasa de mortalidad asociada a los opioides en Estados Unidos y en Canadá, siguen existiendo problemas subyacentes. La Comisión Global de Política de Drogas ha abogado sistemáticamente por la despenalización del consumo y de la posesión de drogas para uso personal, y por alternativas a las sanciones a los infractores no violentos y de bajo nivel que operan en los mercados ilegales de drogas. La penalización del consumo y la posesión de drogas tiene poco o nulo impacto en el nivel de consumo de las mismas; en cambio fomenta los comportamientos de alto riesgo, tal y como las inyecciones inseguras, y disuade a la gente que necesita tratamiento, de solicitarlo, y de utilizar otros servicios sanitarios o programas de reducción de daños que podrían resultarles útiles. Los beneficios sanitarios, económicos y sociales de la despenalización se han demostrado ya en los países que aplican estas medidas desde hace varios decenios.<sup>91</sup>
- La Comisión Global de Política de Drogas también ha solicitado la erradicación de los mercados ilegales de drogas mediante la regulación de diferentes drogas de acuerdo con los riesgos que conllevan. La forma más eficaz de paliar los importantes daños asociados al régimen de prohibición de drogas a nivel internacional y de promover los objetivos de salud y seguridad públicas es facilitar el control de las drogas a través de una regulación legal responsable. En consecuencia, la Comisión proporciona las recomendaciones adicionales de gran alcance que se enumeran a continuación:
- poner fin, a nivel nacional, a la criminalización y al encarcelamiento de las personas que consumen drogas en Canadá y en Estados Unidos;
  - autorizar y promover proyectos piloto que conduzcan a la regulación responsable de drogas actualmente consideradas ilegales, incluidos los opioides, con el objeto de reemplazar y erradicar las organizaciones criminales que actualmente promueven su consumo en el mercado ilegal y se lucran del mismo.

## REFERENCES

- 1 US Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 2017. Estado provisional del número de muertes por sobredosis de drogas al 6 de agosto de 2017. Disponible en: [https://www.cdc.gov/nchs/data/health\\_policy/monthly-drug-overdose-death-estimates.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/health_policy/monthly-drug-overdose-death-estimates.pdf) (acceso al 14 de septiembre de 2017).
- 2 En 2016, se produjeron 52.000 muertes por sobredosis, de las cuales 33.000 guardaron relación con un opiáceo. Véase Rudd, R.A., Seth, P., David, F., Scholl, L. Increases in Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United States, 2010–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:1445-1452
- 3 Según un estudio nacional, el 49% de los casos corresponde a varias drogas, lo cual constituye una infravaloración (muchos jueces de instrucción únicamente enumeran una droga, aunque existan varias). En estudios locales se ponen de manifiesto índices mucho más elevados: New York, 100%: Paone, D., et al., 2015. Buprenorphine infrequently found in fatal overdose in New York City. *Drug Alcohol Depend* 155, 298-301.; Virginia: 57%: Wunsch, M.J., Nakamoto, K., Behonick, G., Massello, W., 2009. Opioid Deaths in Rural Virginia: A Description of the High Prevalence of Accidental Fatalities Involving Prescribed Medications. *Am J Addict* 18, 5-14.; West Virginia: 79%: Hall, A.J. et al., 2008. Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities. *JAMA* 300, 2613-2620.
- 4 Health Canada, 2017. National report: apparent opioid-related deaths (2016). Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/prescription-drug-abuse/opioids/national-report-apparent-opioid-related-deaths.html> (acceso al 14 de septiembre de 2017).
- 5 Drug overdose deaths in West Virginia, County Health Rankings & Roadmaps. Disponible en <http://www.countyhealthrankings.org/app/west-virginia/2017/measure/factors/138/data> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 6 British Columbia Coroners Service, Illicit Drug Overdose Deaths in BC, 1 January 2007 to 30 June 2017, <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 7 Russell, C., Firestone, M., Kelly, L., Mushquash, C., Fischer, B., 2016. Prescription opioid prescribing, use/misuse, harms and treatment among Aboriginal people in Canada: a narrative review of available data and indicators. *Rural and Remote Health*; 16: 3974. Disponible en: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3974> (acceso al 30 de agosto de 2017).
- 8 Cicero, T.J., Ellis, M.S., Surratt, H.L., Kurtz, S.P., 2014. The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years. *JAMA Psychiatry* 71, 821-826.
- 9 McLean, K., 2016. "There's Nothing Here": Deindustrialization as Risk Environment for Overdose, *International Journal of Drug Policy* no. 29: 19-26; Keyes, K. M., Cerda, M., Brady, J. E., Havens, J. R. and Galea, S., 2014. Understanding the Rural-Urban Differences in Nonmedical Prescription Opioid Use and Abuse in the United States, *American Journal of Public Health* 104, no. 2: e52-e59; Case, A. and Deaton, A., 2015, Rising Morbidity and Mortality in Midlife among White Non-Hispanic Americans in the 21st Century, *Proceedings of the National Academy of Science* 112, no. 49 (2015): 15078-15083; Webster, L. R., et al, 2011. An Analysis of the Root Causes for Opioid-Related Overdose Deaths in the United States, *Pain Medicine* 12, Supp. 2: S26-35.
- 10 Véase por ejemplo Alexander, M., 2011. *The New Jim Crow*. Ohio St. J. Crim. L. 9, 7.; and Musto, D.F., 1999. *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Oxford University Press.
- 11 Netherland, J., Hansen, H.B., 2016. The War on Drugs That Wasn't: Wasted Whiteness, "Dirty Doctors," and Race in Media Coverage of Prescription Opioid Misuse. *Cult Med Psychiatry* 40, 664-686.
- 12 Maia Szalavitz, 2015. White Parents Are Fighting Back Against the Drug War They Helped Create, [https://www.vice.com/en\\_us/article/3b-jjw9/white-parents-helped-start-the-drug-war-could-they-end-it-as-well-120](https://www.vice.com/en_us/article/3b-jjw9/white-parents-helped-start-the-drug-war-could-they-end-it-as-well-120)
- 13 National Institute on Drug Abuse, The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics> (accessed on 28 August 2017)
- 14 Volkow, N.D., McLellan, A.T., 2016. Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies. *New England Journal of Medicine* 374, 1253-1263.
- 15 O'Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.-K., 2006. What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry* 163, 764-765.
- 16 Ibid.
- 17 Organización Mundial de la Salud, 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- 18 EMCDDA. High-risk drug use key epidemiological indicator. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> (accessed on 28 August 2017), (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 19 Van Zee, A., 2009. The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *Am J Public Health* 99, 221-227.
- 20 Zgierska, A., Miller, M., Rabago, D., 2012. Patient Satisfaction, Prescription Drug Abuse, and Potential Unintended Consequences. *JAMA* 307, 1377-1378.
- 21 Ryan, H., Girion, L., Glover, S., 2016. "You want a description of hell?" OxyContin's 12-hour problem, *LA Times*, <http://www.latimes.com/projects/oxycontin-part1/>
- 22 Dasgupta, N., Mandl, K.D., Brownstein, J.S., 2009. Breaking the News or Fueling the Epidemic? Temporal Association between News Media Report Volume and Opioid-Related Mortality. *PLoS One* 4.
- 23 Boudreau, D., et al, 2009. Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 18, 1166-1175.
- 24 Volkow, N.D., McLellan, A.T., 2016. Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies. *New England Journal of Medicine* 374, 1253-1263.
- 25 Shah, A.S., Blackwell, R.H., Kuo, P.C., Gupta, G.N., 2017. Rates and Risk Factors for Opioid Dependence and Overdose after Urological Surgery. *The Journal of Urology*.

- 26 U.S. Department of Health and Human Services - Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: Cuadros detallados: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DET-Tabs2014/NSDUH-DET-Tabs2014.htm#tab6-47b> (acceso al 8.28.17); y especialmente el Cuadro 6.47B Source Where Pain Relievers Were Obtained for Most Recent Nonmedical Use among Past Year Users Aged 12 or Older, by Age Group: Percentages, Annual Averages Based on 2010-2011 and 2012-2013, disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DET-TabsPDFHTML2013/Web/PDF/NSDUH-DET-TabsSect6peTabs47to66-2013.pdf>.
- 27 Volkow, N.D., McLellan, A.T., 2016. Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies. *New England Journal of Medicine* 374, 1253-1263.
- 28 Nosyk, B., Marshall, B.D.L., Fischer, B., Montaner, J.S.G., Wood, E., Kerr, T., 2012. Increases in the availability of prescribed opioids in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence* 126, 7-12.
- 29 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS), 2017: 2016. Data on Substance Abuse Treatment Facilities. BHSIS Series S-93, HHS Publication No. (SMA) 17-5039.; also, interviews with Donald McPherson, Executive Director of the Canadian Drug Policy Coalition and Keith Ahamad, Clinician Researcher with the Urban Health Research Initiative (UHRI), Clinical Assistant Professor in the Department of Family Medicine at the University of British Columbia (UBC), Julio de 2017.
- 30 Strang, J., et al., 2003. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ* 326, 959-960.
- 31 Sordo, L., et al, 2017. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 357.; Pierce, M., et al, 2016. Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: a national cohort study in England. *Addiction* 111, 298-308.
- 32 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015. Apply to Increase Patient Limits. Disponible en <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/buprenorphine-waiver-management/increase-patient-limits> (acceso el 28 de agosto 2017)
- 33 Saloner, B., Daubresse, M., Caleb Alexander, G., 2017. Patterns of Buprenorphine-Naloxone Treatment for Opioid Use Disorder in a Multistate Population. *Med Care* 55, 669-676.
- 34 The National Center on Addiction and Substance Abuse, Addiction Medicine: Closing the Gap Between Science & Practice. Disponible en <https://www.centeronaddiction.org/addiction-research/reports/addiction-medicine-closing-gap-between-science-and-practice> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 35 STAT and Boston Globe, 2017, Desperate opioid users are pawns in lucrative insurance fraud scheme, <https://www.statnews.com/2017/07/07/opioid-insurance-fraud/>
- 36 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015. Apply to Increase Patient Limits. Disponible en <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/buprenorphine-waiver-management/increase-patient-limits> (acceso al 28 de agosto de 2017)
- 37 Pierce, M., et al, 2016. Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: a national cohort study in England. *Addiction* 111, 298-308.
- 38 OMS, The methadone fix. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 39 Véase por ejemplo el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2004. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. OMS, Ginebra.
- 40 Breen, K., others, n.d. Part B: 20 Questions and Answers Regarding Methadone Maintenance Treatment Research. National Institute on Drug Abuse. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/partb.pdf> (acceso al 14 de septiembre de 2017).
- 41 Health Canada, 2002. Best Practices - Methadone Maintenance Treatment <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/reports-publications/alcohol-drug-prevention/best-practices-methadone-maintenance-treatment.html> (acceso al 28 de agosto de 2017)
- 42 National Institute on Health and Care Excellence, 2007. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence, Guidance and guidelines, <https://www.nice.org.uk/guidance/ta114/chapter/4-Evidence-and-interpretation> (acceso al 28 de agosto de 2017)
- 43 Institute of Medicine, 1995. Federal Regulation of Methadone Treatment.
- 44 Breen, K., others, n.d. Part B: 20 Questions and Answers Regarding Methadone Maintenance Treatment Research. National Institute on Drug Abuse. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/partb.pdf> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 45 Soyka, M., 2015. New developments in the management of opioid dependence: focus on sublingual buprenorphine-naloxone. *Subst Abuse Rehabil* 6, 1-14. ; Strand, M.C., Fjeld, B., Arnestad, M., Mørland, J., 2013. Can patients receiving opioid maintenance therapy safely drive? A systematic review of epidemiological and experimental studies on driving ability with a focus on concomitant methadone or buprenorphine administration. *Traffic Inj Prev* 14, 26-38.
- 46 Strang, J., et al., 2015. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *Br J Psychiatry* 207, 5-14.
- 47 Oviedo-Joekes, E., et al, 2016. Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 73, 447-455.
- 48 Vivitrol (naltrexone) FDA Approval History. Disponible en <https://www.drugs.com/history/vivitrol.html> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 49 Krupitsky, E., Nunes, E.V., Ling, W., Illeperuma, A., Gastfriend, D.R., Silverman, B.L., 2011. Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial. *Lancet* 377, 1506-1513. ; Coviello, D.M., et al, 2012. A Multi-Site Pilot Study of Extended-Release Injectable Naltrexone Treatment for Previously Opioid-Dependent Parolees and Probationers. *Subst Abuse* 33, 48-59. ; Gordon, M.S., Kinlock, T.W., Vocci, F.J., Fitzgerald, T.T., Memisoglu, A., Silverman, B., 2015. A Phase 4, Pilot, Open-Label Study of VIVITROL® (Extended-Release Naltrexone XR-NTX) for Prisoners. *J Subst Abuse Treat* 59, 52-58.; Lee, J.D., et al, 2015. Opioid treatment at release from jail using extended-release naltrexone: a pilot proof-of-concept randomized effectiveness trial. *Addiction* 110, 1008-1014.

- 50 Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Farrell, M., Hall, W., 2015. Excess mortality among opioid-using patients treated with oral naltrexone in Australia. *Drug Alcohol Rev* 34, 90–96; see also label information. Disponible en [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2010/021897s005s010lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/021897s005s010lbl.pdf) (acceso al 12 de septiembre de 2017).
- 51 The Globe and Mail, 2017, Health Canada to allow imports of drugs needed to treat opioid addiction.
- 52 Schuchat A, Houry D, Guy GP, Jr, 2017. New data on opioid use and prescribing in the United States. *JAMA* 318, 425–426.
- 53 US Food & Drug Administration, Postmarket Drug Safety Information for Patients and Providers - OxyContin - Questions and Answers. Disponible en <https://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrug-safetyinformationforpatientsandproviders/ucm207196.htm> (acceso al 28 de agosto de 2017); Ingraham, C., 2017. How an 'abuse-deterrent' drug created the heroin epidemic, *Washington Post*.
- 54 El precio de la heroína disminuyó en un 80% entre 1990 y 2007, mientras que la pureza aumentó en un 60%. Werb, D., Kerr, T., Nosyk, B., Strathdee, S., Montaner, J., Wood, E., 2013. The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems. *BMJ Open* 3, e003077; for evidence of the shift to heroin, see: Cicero, T.J., Ellis, M.S., Surratt, H.L., 2012. Effect of Abuse-Deterrent Formulation of OxyContin. *New England Journal of Medicine* 367, 187–189; Alpert, A., Powell, D., Pacula, R.L., 2017. Supply-Side Drug Policy in the Presence of Substitutes: Evidence from the Introduction of Abuse-Deterrent Opioids. *National Bureau of Economic Research*; Fischer, B., Vojtila, L., Kurdyak, P., 2017. 'Delisting' OxyContin® to reduce prescription opioid-related harms in Ontario (Canada)—gauging effects 5 years later. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*; Larochelle, M.R., Zhang, F., Ross-Degnan, D., Wharam, J.F., 2015. Rates of opioid dispensing and overdose after introduction of abuse-deterrent extended-release oxycodone and withdrawal of propoxyphene. *JAMA Intern Med* 175, 978–987; Dart, R.C., Severtson, S.G., Bucher-Bartelson, B., 2015. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *N. Engl. J. Med.* 372, 1573–1574.
- 55 Muhuri, P.K., Gfroerer, J.C., Davies, M.C., 2013. Associations of Nonmedical Pain Reliever Use and Initiation of Heroin Use in the United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration - Center for Behavioral Health Statistics and Quality - Data Review. Disponible en <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DR006/DR006/nonmedical-pain-reliever-use-2013.htm> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 56 Center for Disease Control and Prevention, Synthetic Opioid Data. Disponible en <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/fentanyl.html> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 57 Beletsky, L., Davis, C.S., 2017. Today's fentanyl crisis: Prohibition's Iron Law, revisited. *Int. J. Drug Policy* 46, 156–159.
- 58 DrugBank (Ed.), 2017. Carfentanil. Disponible en <https://www.drugbank.ca/drugs/DB01535> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 59 Strathdee, S.A., Beyrer, C., 2015. Threading the Needle – How to Stop the HIV Outbreak in Rural Indiana. *New England Journal of Medicine* 373, 397–399.
- 60 Schumaker, E., 2016. Mike Pence's Defining Moment As Governor? Enabling An HIV Outbreak. *Huffington Post*.
- 61 Canadian Center on Substance Abuse and Addiction, Prescription Drugs. Disponible en <http://www.ccdt.ca/Eng/topics/Prescription-Drugs/Pages/default.aspx> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 62 Spooner, L., et al, 2016. High-Dose Opioid Prescribing and Opioid-Related Hospitalization: A Population-Based Study. *PLoS One* 11.
- 63 British Columbia Coroners Service, Illicit Drug Overdose Deaths in BC, 1 de enero de 2007 a 30 de junio de 2017. Disponible en <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 64 Mansfield, K.E., Sim, J., Jordan, J.L., Jordan, K.P., 2016. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain* 157, 55–64.
- 65 Vancouver Sun, 2017. B.C. opioid crisis: Province on pace for more than 1,400 overdose deaths in 2017
- 66 Weisberg, D.F., Becker, W.C., Fiellin, D.A., Stannard, C., 2014. Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: cautionary lessons. *Int. J. Drug Policy* 25, 1124–1130.
- 67 Entrevista con Don McPherson, Director Ejecutivo de la Canadian Drug Policy Coalition y Keith Ahamad, investigador clínico con el Urban Health Research Initiative (UHRI), Profesor Adjunto en el Departamento de Medicina Familiar en la University of British Columbia (UBC) 6 de julio de 2017.
- 68 Ibid.
- 69 Para EE. UU.: CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain – United States, 2016. . *MMWR Recomm Rep* 65. For Canada: Busse, J.W., et al, 2017. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ* 189, E659–E666.
- 70 Schuchat, A., Houry, D., Guy, G.P., 2017. New Data on Opioid Use and Prescribing in the United States. *JAMA* 318, 425–426.
- 71 Véase por ejemplo Health Canada, 2016. Joint Statement of Action to Address the Opioid Crisis. Disponible en <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/opioid-conference/joint-statement-action-address-opioid-crisis.html> (acceso al 28 de agosto de 2017).
- 72 Albert, S., Brason II, F.W., Sanford, C.K., Dasgupta, N., Graham, J., Lovette, B., 2011. Project Lazarus: Community-Based Overdose Prevention in Rural North Carolina. *Pain Medicine* 12, S77–S85.
- 73 Kral, A.H., Davidson, P.J., 2017. Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine* 0.
- 74 Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G., Kerr, T., 2011. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet* 377, 1429–1437.
- 75 Kral, A.H., Davidson, P.J., 2017. Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine* 0.
- 76 Beletsky, L., Davis, C.S., Anderson, E., Burris, S., 2008. The Law (and Politics) of Safe Injection Facilities in the United States. *Am J Public Health* 98, 231–237.
- 77 Kral, A.H., Davidson, P.J., 2017. Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine* 0.

78 Bachhuber MA, Saloner B, Cunningham CO, Barry CL, 2014. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. *JAMA Internal Medicine* 174, 1668-1673.

79 Bradford, A.C., Bradford, W.D., 2016. Medical Marijuana Laws Reduce Prescription Medication Use In Medicare Part D. *Health Aff* 35, 1230-1236.

80 Walley, A.Y., et al, 2013. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *BMJ* 346, f174.

81 Wheeler, E., Jones, T.S., Gilbert, M.K., Davidson, P.J., 2014. Opioid Overdose Prevention Programs Providing Naloxone to Laypersons, Center for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality Weekly Report 64(23);631-635.

82 The Network For Public Health Law- "Over the Counter" Naloxone Access, Explained. Disponible en [https://www.networkforphl.org/the\\_network\\_blog/2016/03/01/745/over\\_the\\_counter\\_naloxone\\_access\\_explained](https://www.networkforphl.org/the_network_blog/2016/03/01/745/over_the_counter_naloxone_access_explained) (acceso al 28 de agosto de 2017).

83 Schwartz, R.P., et al., 2006. A randomized controlled trial of interim methadone maintenance. *Arch. Gen. Psychiatry* 63, 102-109. See also Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., 2011. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* CD004147; Strang, J., Hall, W., Hickman, M., Bird, S.M., 2010. Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland. *BMJ* 341, c4851.

84 Cochrane, Opioids for long-term treatment of noncancer pain. Disponible en [http://www.cochrane.org/CD006605/SYMPT\\_opioids-long-term-treatment-noncancer-pain](http://www.cochrane.org/CD006605/SYMPT_opioids-long-term-treatment-noncancer-pain) (acceso al 28 de agosto de 2017).

85 Nahin, R.L., 2015. Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012. *The Journal of Pain* 16, 769-780.

86 Pain News Network, 2016, Survey: Opioids Reduced or Stopped for Most Patients, <https://www.painnewsnetwork.org/stories/2016/8/4/survey-opioids-stopped-or-reduced-for-most-patients> (accessed on 28 August 2017)

87 Mundkur, M.L., Gordon, A.J., Kertesz, S.G., 2017. Will strict limits on opioid prescription duration prevent addiction? advocating for evidence-based policymaking. *Substance Abuse* 0, 1-2.

88 Strict limits on opioid prescribing risk 'inhumane treatment' of pain patients, 2017. *STAT.*, disponible en <https://www.statnews.com/2017/02/24/opioids-prescribing-limits-pain-patients/> (acceso al 28 de agosto de 2017). Véase también As a physician, I urge caution as we cut back opioids, 2017, *The Hill*. Disponible en <http://thehill.com/blogs/pundits-blog/healthcare/326095-as-a-physician-i-urge-other-doctors-to-cut-back-on-prescribing> (acceso al 28 de agosto de 2017).

89 Organización Mundial de la Salud (Ed.), 2011. Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

90 Fischer, B., Keates, A., Bühringer, G., Reimer, J., Rehm, J., 2014. Non-medical use of prescription opioids and prescription opioid-related harms: why so markedly higher in North America compared to the rest of the world? *Addiction* 109, 177-181.; van Amsterdam, J., van den Brink, W., 2015. The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe? *Curr Drug Abuse Rev* 8, 3-14.

91 Eastwood, N., Fox, E., Rosmarin, A., 2016. A Quiet Revolution: drug decriminalization across the globe.

## RECUROS ADICIONALES:

[www.beckleyfoundation.org](http://www.beckleyfoundation.org)  
[www.countthecosts.org](http://www.countthecosts.org)  
[www.cupihd.org](http://www.cupihd.org)  
[www.druglawreform.info](http://www.druglawreform.info)  
[www.drugpolicy.org](http://www.drugpolicy.org)  
[www.hivlawcommission.org](http://www.hivlawcommission.org)  
[www.hri.global](http://www.hri.global)  
[www.hrw.org](http://www.hrw.org)  
[www.igarape.org.br](http://www.igarape.org.br)  
[www.intercambios.org.ar](http://www.intercambios.org.ar)  
[www.icsdp.org](http://www.icsdp.org)  
[www.idhdp.com](http://www.idhdp.com)  
[www.idpc.net](http://www.idpc.net)  
[www.inpud.net](http://www.inpud.net)  
[www.incb.org](http://www.incb.org)  
[www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx)  
[www.talkingdrugs.org](http://www.talkingdrugs.org)  
[www.tdpf.org.uk](http://www.tdpf.org.uk)  
[www.unaids.org/en/targetsandcommitments/preventinghivamongdrugusers](http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/preventinghivamongdrugusers)  
[www.unodc.org](http://www.unodc.org)  
[www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/)  
[www.wola.org/program/drug\\_policy](http://www.wola.org/program/drug_policy)

## RECONOCIMIENTOS:

---

### PANEL DE EXPERTOS DE REVISIÓN

Holly Bradford  
Richard Elliott  
Thomas Kerr  
Susan Sherman

Steffanie Strathdee  
Maia Szalavitz  
Jasmine Tyler  
Ambros Uchtenhagen

## LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

---

### SECRETARIADO

Khalid Tinasti  
Barbara Goedde  
Eric Grant  
Anna Iatsenko

### APOYO

Open Society Foundations  
Virgin Unite  
Oak Foundation  
Departamento Federal Suizo  
de Relaciones Exteriores

## INFORMES DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

---

- Guerra a las Drogas (2011)
- La Guerra contra las Drogas y el VIH/SIDA:  
Cómo la Criminalización del Uso de Drogas fomenta la Pandemia Global (2012)
- El Impacto Negativo de la Guerra a las Drogas en la Salud Pública:  
La Epidemia Oculta de Hepatitis C (2013)
- Asumiendo el Control: Caminos Hacia Políticas de Drogas Eficaces (2014)
- El Impacto Negativo del Control de Drogas en la Salud Pública:  
La Crisis Global de Dolor Evitable (2015)
- Avanzando la Reforma de la Política de Drogas:  
Un Nuevo Enfoque para la Descriminalización (2016)

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

## CONTACTO

---

secretariat@globalcommissionondrugs.org  
www.globalcommissionondrugs.org



## **LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS**

El propósito de La Comisión Global De Políticas De Drogas es llevar al plano internacional la discusión científicamente fundada acerca de las maneras humanitarias y efectivas de reducir los daños causados por las drogas y las políticas contra la droga a las personas y la sociedad.

---

### **OBJETIVOS**

- Revisar los supuestos básicos, la efectividad y las consecuencias del abordaje de la 'guerra' contra las drogas
- Evaluar los riesgos y beneficios de diferentes respuestas nacionales al problema de las drogas
- Desarrollar recomendaciones factibles y basadas en evidencias para una reforma constructiva legal y de políticas