

Boletín Criminológico



Director: Per Stangeland
Coordinadora: María José Garrido de los Santos
Publicado por la Sección de Málaga del IAIC
Facultad de Derecho, Universidad de Málaga
Campus de Teatinos, 29071 MÁLAGA
Tel: (95) 213 23 25 - Fax: (95) 213 22 42
Depósito legal: MA 857/1996 ISSN: 1137-2427
Internet: [Http:// www.emn.derecho.uma.es/crimi](http://www.emn.derecho.uma.es/crimi)

La delincuencia común en España creció fuertemente durante los años 80. Sin embargo, en los últimos años, parece que las cifras se han estabilizado; se ha frenado el aumento y, para algunos tipos de delitos, se puede hablar de un descenso. Esta positiva evolución responde, sin duda, a factores múltiples y no a una sola causa. Uno de estos factores puede ser que ahora hay menos heroinómanos en la calle que antes.

Tan sólo en Andalucía, unos 15.000 pacientes se benefician del Programa de mantenimiento con metadona, en 249 puntos distintos de dispensación, lo que supone aproximadamente el 40% de los heroinómanos que inician tratamiento en la red asistencial del Plan Andaluz de Drogas. Esto implica una menor necesidad de consumir drogas ilegales y, lógicamente, menos tirones, sustracción en vehículos y robos en comercios y viviendas. De esta forma, es probable que dicho Programa, además de realizar la importante labor médico-social de mejorar las condiciones de vida de este grupo de personas, tenga como valor añadido una reducción de la delincuencia.

Por otra parte, cabe destacar que, mientras la mayoría de la población rechaza la legalización de las drogas, gran parte de la opinión pública acepta que se suministre metadona a los adictos, e incluso están de acuerdo con que se administre la droga de uso a heroinómanos con que fracasasen otros tratamientos, como se aprecia en las figuras 1 y 2.

La administración controlada de heroína, tal y como se describe en el programa experimental expuesto en este boletín, significa un importante paso adelante. Este proyecto, que es pionero en España y todavía no ha sido puesto en marcha, busca una respuesta social y humana a la problemática de las drogas.

La administración controlada de heroína

Autor:
José Luis Díez Ripollés

Las políticas de reducción de riesgos en drogas

La problemática social del tráfico y consumo de drogas se ha convertido en un tema central en la construcción de la sociedad del bienestar. En torno a ella se han manifestado posturas muy encontradas que reflejan profundas divergencias sobre el modelo de sociedad y de ciudadano que les sirve de presupuesto.

Las políticas de reducción de riesgos, inicialmente vistas como una claudicación ante el enfoque represivo, se han ido configurando como una vía intermedia y limitada de racionalización de la actual política sobre drogas, que no debe ser subestimada. Por un lado, eluden la confrontación directa con el enfoque prohibicionista,

en cuanto que no cuestionan el modelo actual de punición generalizada del tráfico de drogas. Por otro, asumen el fracaso del prohibicionismo en su principal objetivo de reducir o eliminar el consumo y reconocen los importantísimos daños colaterales a la salud a los que da lugar la opción por la represión. Lo cierto es que, en su especial empeño por minimizar los daños a la salud de los consumidores, originan auténticas alternativas parciales, no siempre libres de contradicciones, a la política represiva en la lucha contra el abuso de drogas.

Entre esas políticas reduccionistas, y junto a las que ya poseen cierta tradición, como los programas de dispensación oral de metadona a adictos a opiáceos o de distribución de jerin-

guillas estériles a ese mismo grupo, se han añadido en los últimos tiempos en Inglaterra, Holanda y Suiza experiencias de suministro de heroína a heroinómanos. Aunque España se incorporó tempranamente a esas políticas de reducción de riesgos, sólo en 1997 se ha planteado seriamente en Andalucía, tras un amago en Cataluña hace tres años, un proyecto de administración controlada de heroína en el marco de un programa deshabitador (1). La iniciativa, que en estos momentos está pendiente de las últimas autorizaciones para ponerse en marcha, ha sido elaborada en dos fases diferenciadas que paso a relatar.

Presupuestos jurídicos

En primer lugar se solicitó un informe jurídico para saber en qué me-

didada el desarrollo de un programa que respondiera a tales pretensiones podría tropezar con disposiciones legales, de modo especial penales, del ordenamiento jurídico español (2). Puede ser de interés referir el razonamiento seguido para llegar a la conclusión de que tal programa, siempre que poseyera determinadas características, era perfectamente lícito.

A tal efecto se analizaron dos criterios interpretativos de la jurisprudencia española, devenidos mayoritarios, y que reflejan sin duda el intento de los aplicadores del derecho de eliminar algunas de las consecuencias inadmisibles que se derivan de la desmesurada amplitud de los tipos de persecución del tráfico de drogas (3). El primero conduce a la impunidad de la denominada "adquisición para consumo compartido", esto es, de supuestos en que una persona compra la cantidad de droga necesaria para poder realizar de forma inmediata un consumo conjunto de ella con un grupo de personas entre las que se encuentra el adquirente. El segundo deja sin castigo la "donación de drogas a adictos por personas allegadas", siempre que se lleve a cabo con fines de deshabituación o de evitación de los riesgos y daños derivados de la crisis de abstinencia. En ambas hipótesis su no persecución se liga a la concurrencia de determinadas condiciones fácticas que permitan concluir que no se pone en peligro la salud pública en la medida en que no existe la posibilidad de promoción, favorecimiento o facilitación indiscriminadas del consumo a terceras personas indeterminadas.

A partir de este fundamento, el informe concluye que la administración de heroína a drogodependientes en el marco de un tratamiento deshabitador no está incluida entre las conductas de tráfico de drogas del art. 368 del código penal, por no ponerse en peligro la salud pública: Y ello porque la droga no se hace accesible a un número indeterminado y fungible de personas, sino a ciudadanos muy concretos a cuya rehabilitación se

pretende auxiliar. Para asegurar tal impunidad será preciso que los destinatarios del programa sean drogodependientes voluntarios, que la droga se suministre de forma directa y para su consumo inmediato en el centro de dispensación, y que se realice en el marco de un tratamiento deshabitador llevado a cabo por profesionales.

De todas formas, el hecho de que exista una jurisprudencia minoritaria que no acepte la impunidad de los dos grupos de casos antedichos, así como el dato de que el programa evaluado no se corresponde exactamente con tales situaciones fácticas, aconsejó a los autores del informe buscar una línea argumentativa adicional. En efecto, aun aceptando la inclusión del programa entre las conductas prohibidas por el art. 368, es decir, su tipicidad penal, cabe considerarlo legitimado en virtud de la causa de justificación del legítimo ejercicio de una profesión sanitaria consagrada en el art. 20.7º del código penal.

A favor de tal afirmación juega el hecho de que el uso de estupefacientes para tratamientos deshabitadores de toxicómanos, no sólo no está prohibido de manera general por la ley española (4), sino que ha sido reconocido expresamente desde 1983 en relación con la metadona (5); a su vez, la legislación española no obstaculiza el uso de la heroína con fines de investigación médica y científica, incluyendo experimentos clínicos (6); por último, existen intereses sanitarios y sociales en relación con heroínómanos muy deteriorados lo suficientemente importantes como para que predominen sobre el interés de evitar la nocividad inherente al consumo de heroína: En efecto, la administración controlada de heroína asegurará que el drogodependiente no consuma otras sustancias estupefacientes frecuentemente asociadas a ella en el mercado ilícito (7), evitará los riesgos sanitarios derivados de la adulteración de tales sustancias en ese mercado, permitirá un control de sus condiciones sanitarias, favorecerá la integra-

ción social del drogodependiente por medio de su contacto con los centros de dispensación, y podrá conducir a tratamientos exitosos de deshabituación (8).

Contenido del programa

La segunda fase ha consistido en la elaboración de un programa experimental (9), configurado como un ensayo clínico sobre un producto en fase de investigación, la diacetilmorfina o heroína, que pretende analizar la efectividad terapéutica de la heroína inyectada comparada con la de la metadona oral. En concreto, el objetivo de la investigación se formula del modo siguiente: ¿Es el mantenimiento con heroína intravenosa más efectivo que la metadona oral en la mejora de la salud física y mental y la integración social de los usuarios de heroína que han fracasado en al menos dos intentos terapéuticos?.

La investigación se justifica, por un lado, en la constatación de que una parte significativa de los adictos a opiáceos, en torno al 30%, fracasa con el programa de metadona y queda sin recibir tratamiento efectivo. Por otro, en que las experiencias desarrolladas en otros países han mostrado que la utilización terapéutica de heroína para estabilizar a adictos a opiáceos que no responden a otros tratamientos mejora su salud física y mental, reduce su utilización de otras drogas ilegales y disminuye la criminalidad asociada al uso ilegal de drogas. Se aportan igualmente resultados científicos que prueban que la heroína tiene para los heroínómanos menos efectos dañinos para su salud y adversos en general que otros sustitutos como la morfina o la metadona (10).

Para el desarrollo de la investigación se va a contar con una muestra constituida por personas voluntarias, mayores de 20 años, con un historial de adicción a la heroína por vía intravenosa superior a dos años, con uno o más episodios de inyección de heroína diarios y que han fracasado en dos intentos formales de tratamien-

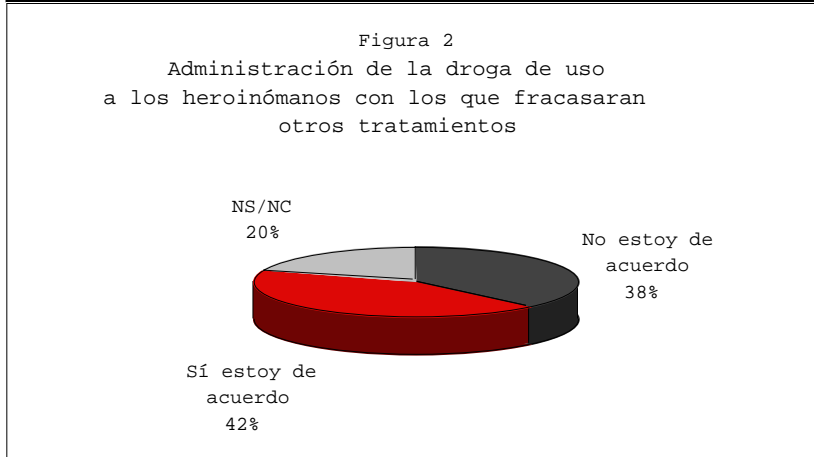
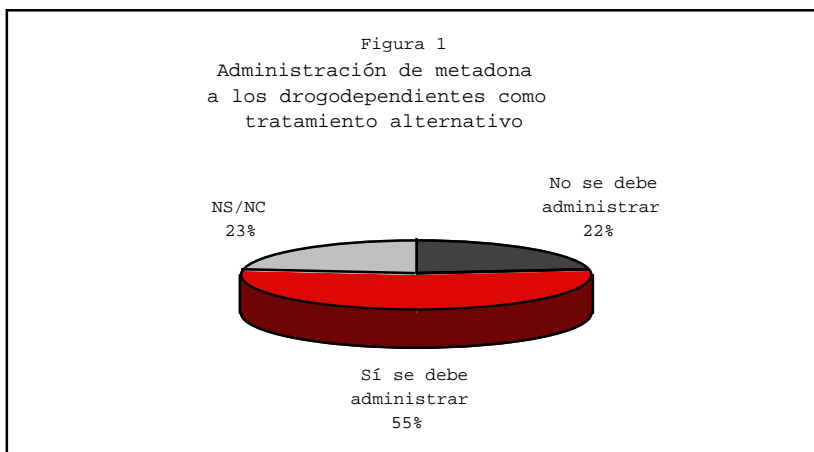
to en centros acreditados. Excepcionalmente se admitirán pacientes con un deterioro físico, psíquico o social tal que les impida su inserción en otros tratamientos. Se excluirán aquellos de entre los anteriores que estén en otro programa de tratamiento, sean enfermos en estado terminal (6 meses de vida), sean incapaces de desplazarse autónomamente al centro o estén embarazadas. La captación, que será progresiva y deberá concluir a los dos meses, se realizará en la calle, a través de ONGs que trabajen con toxicómanos o por medio de los Centros provinciales de drogodependencias.

Habrà dos centros de dispensación, uno en Granada y otro en Algeciras. En cada uno de ellos se formarán dos grupos de 75 personas, uno para el tratamiento con heroína inyectable y otro para el tratamiento con metadona oral, haciendo un total de 150 personas para cada tratamiento. La asignación a cada uno de los grupos será aleatoria y no ciega, es decir, conociendo tanto el equipo investigador como el paciente el grupo al que éste ha sido asignado.

A los efectos de determinar la duración del tratamiento se ha tenido en cuenta la experiencia suiza, que ha puesto de manifiesto lo siguiente: A los seis meses se aprecian cambios en la salud física y en la disminución de la delincuencia; entre los seis y los doce meses surgen los cambios en la salud mental y en el área social; el tiempo de ocio y la situación laboral comienzan a normalizarse en el segundo año. En consecuencia, la duración del tratamiento en el programa español será de un año, con evaluaciones a los tres, seis y doce meses, y posibilidad de prórroga por otro año si se obtienen resultados positivos en el primero.

Habrà una primera fase de admisión de dos semanas, en la que se establecerà la elegibilidad del sujeto, su consentimiento informado y su asignación aleatoria a un grupo. En la siguiente fase de tratamiento habrá un periodo de ajuste de dosis, que dura-

la opinión pública sobre administración de drogas a adictos



rà entre 7 y 10 días, y un posterior periodo de mantenimiento de un año con administración diaria de las sustancias en estudio.

Se espera llegar con la heroína inyectada a una dosis media de 400 mgr. diarios, repartidos entre dos a cuatro episodios de inyección, mientras que con la metadona se aplicará el tratamiento habitual de comprimidos en torno a 80 mgr., con una desviación de 20 mgr. Deberà prestarse la adecuada atención en la fase de ajuste al hecho constatado de la utilización generalizada de cocaína combinada con la heroína.

El tratamiento se interrumpirá, definitiva o provisionalmente, si hay violencia física o verbal, se realiza cualquier tipo de tráfico en el centro o los alrededores, o se producen intoxicaciones repetidas por consumos paralelos.

El tratamiento concluirà por las siguientes causas: El participante, decide pasar a un programa de metado-

na o desintoxicación, decide interrumpir su participación, desaparece de la zona sin dejar pistas, ingresa en hospital o en prisión, fallece, tras concluir los 12 primeros meses no desea continuar el segundo año.

Hay que contar con que durante el tratamiento puedan darse supuestos de sobredosis achacables al uso de otras sustancias no detectadas previamente por el equipo de intervención, así como crisis convulsivas y reacciones histaminoides imputables a la propia heroína. Los equipos de intervención estaràn entrenados para afrontarlas. Ellos se ocuparán igualmente de hacer el seguimiento de las diversas dimensiones del bienestar de los participantes en el experimento y de realizar las derivaciones sanitarias y sociales que, eventualmente, procedan. Se suscribirà una póliza de seguro para cada participante.

La evaluación de los progresos se concentrará en cuatro grandes áreas: Salud, reducción del daño, función

social y coste/efectividad.

En salud se atenderá a los siguientes parámetros: Mejora de índice de masa corporal, mejora de estado de salud en general, mejora de los síntomas depresivos y de la ansiedad, reducción de casos de infección de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis y de activaciones de tuberculosis.

Los avances en reducción del daño se valorarán atendiendo a las siguientes medidas: Descenso del consumo de heroína ilegal y otras drogas ilegales, descenso del consumo de ansiolíticos-hipnóticos, reducción del hábito de compartir jeringuillas e incremento en el uso del condón en contactos sexuales, adherencia a tratamiento antituberculosis y a vacunación hepatitis B, tasa de retención en programa de heroína inyectada/metadona, reducción de visitas a urgencias y hospitalizaciones, reducción del índice de severidad de la adicción.

Las mejoras en integración social se determinarán a partir de los siguientes datos: Disminución de detenciones, reducción de vivienda inestable, aumento de relaciones con familia de origen y personas ajenas al mundo de la droga, obtención de documentación, aumento de personas con ocupaciones de ocio y tiempo libre.

La evaluación económica se llevará a cabo, tanto a través de indicadores económicos sobre el coste del conjunto del programa, como de indicadores de la relación entre coste y efectividad de ambos tratamientos.

Para la correcta evaluación de los resultados anteriores se prevén minuciosos y muy diferenciados instrumentos de medida.

Se dispondrá de cuatro equipos de intervención -dos por cada centro en horario, respectivamente, de mañana o tarde- y un equipo de evaluación. Los equipos de intervención atenderán un horario de 10 de la mañana a 7 de la tarde, siete días a la semana. Cada equipo constará de un médico, dos enfermeros, un asistente social y un guarda jurado. Se dispondrá además en cada centro de un mé-

dico de familia y un médico psiquiatra.

El equipo evaluador estará formado en cada centro por un técnico de investigación a tiempo completo, responsable de la recogida de información y de la elaboración de la base de datos, un director clínico encargado de coordinar el trabajo de los equipos de intervención y evaluación, que será ocupado por un médico a tiempo parcial, un investigador principal a tiempo parcial y cuatro investigadores asociados ocupados respectivamente de las cuatro áreas a estudiar.

Perspectivas de puesta en práctica

En estos momentos el programa cuenta ya con los informes favorables de los Comités éticos de investigación clínica de los Hospitales de Granada y Algeciras y está sólo pendiente de la autorización definitiva a otorgar, dada su configuración como ensayo clínico, por la Dirección general de Farmacia y Productos sanitarios, dependiente del Ministerio de Sanidad.

El Comisionado andaluz para la droga dispone del correspondiente presupuesto para la puesta en marcha del programa, que se desearía que tuviera lugar entre los meses de Agosto y Septiembre de 1998.

Sobre el programa pende, sin embargo, la amenaza, aun no confirmada, de que la inminente evaluación positiva por parte de la OMS del programa experimental desarrollado en Suiza no sea asumida plenamente por la Junta internacional de fiscalización de estupefacientes de las Naciones Unidas, lo que se teme que pueda originar las correspondientes presiones sobre el Ministerio de Sanidad español para que deniegue la pertinente autorización.

Es de esperar que tales presiones no se produzcan o que, si aparecen, no sean atendidas por una Dirección general de Farmacia y Productos sanitarios que ha mantenido en los últimos tiempos una actitud abierta hacia el desarrollo de ensayos clínicos prometedores en el ámbito de las dro-

dependencias.

(1) El proyecto ha sido impulsado por el Comisionado andaluz para la droga, dependiente de la Consejería de Asuntos sociales de la Junta de Andalucía.

(2) Tal informe jurídico fue realizado por un equipo de la Sección de Málaga del Instituto andaluz interuniversitario de Criminología, bajo mi coordinación, y en el que participaron los investigadores del Instituto Juan Muñoz Sánchez, Carlos Larrañaga Junquera y Juan Carlos López Caballero.

(3) Como se sabe, el consumo y la tenencia para consumo no constituyen delito en el código penal español. Con todo, el consumo en público y la tenencia «ilícita» constituyen infracciones administrativas.

(4) Véanse los arts. 22, 25, 26, 77.1 de la ley 17/1967 de Estupefacientes y la consideración de los estupefacientes como medicamentos en la ley 25/1990 del Medicamento.

(5) La regulación actual se contiene en los RRDD. 75/1990 y 5/1996.

(6) Véanse arts. 2.2 de ley 17/1967, 59 de ley 25/1990, 1, 3, 6.5 y 10.6 de Ley 14/86 general de Sanidad.

(7) Un estudio realizado en Granada en 1996 mostró que el 100% de los que inhalan heroína y el 98% de los que se la inyectan la utilizan en combinación con cocaína.

(8) Una versión de este informe ha sido publicada por Muñoz Sánchez et al. con el título «La administración controlada de heroína a drogodependientes en el marco de un programa deshabitador» en la revista Jueces para la democracia, nº 30 noviembre de 1997.

(9) El programa, realizado en el seno de la Escuela andaluza de Salud pública, se titula «Programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía» (PEPSA) y ha sido elaborado por un equipo dirigido por M^a Victoria Zunzunegui Pastor. inédito. Enero de 1998. Lo que sigue es un resumen del citado programa.

(10) Véase Hartnol RL et col. (1980), citado en «Programa Experimental...», op.cit., p.5..