

POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS DESDE UN PERSPECTIVA EUROPEA

Danilo BALLOTTA,
Petra Paula MERINO y
Dagmar HEDRICH

*Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías
Lisboa*

Resumen: Las políticas de reducción de daños y las prácticas asociadas presentan diferencias entre los países que conforman la Unión Europea. A su vez, y desde un punto de vista global, es posible observar una tendencia común en estos países cuya política de drogas apunta a una sociedad libre, pero aceptando la importancia de medidas que limiten los riesgos y daños causados por las drogas. La convivencia entre las convenciones internacionales y las actividades de reducción de daños no es sencilla, pero el respaldo otorgado por la comunidad científica a estas prácticas está siendo un elemento decisivo para su aceptación política.

Laburpena: Europar Batasuna osatzen duten estatu ezberdinek modu diferenteetan tratatzen dituzte min eta arriskua murrizteko politikak. Ikuspegi global batetik esan daiteke, danek gizarte libre batetara bideratzen dituztela drogei buruzko politikak, baina drogek eragindako min eta arriskuak murrizteko programak duten garrantziak onartuaz. Nazioarteko batzarren eta min eta arrisku murrizketen arteko elkarbizitza ez da erraza, baina zientziak ematen dion babesa oso garrantzitsua da politikoei onartzeko.

Résumé: Les politiques de réduction des dommages et les pratiques associées présentent des différences entre les pays qui conforment l'Union Européenne. À son tour, et d'un point de vue globale, il est possible d'observer la tendance commune, dans ces pays où la politique de drogues aspire à une société libre mais en acceptant l'importance de mesures que limitent les risques et les dommages causés par les drogues. La coexistence entre les conventions internationales et les activités de réduction des dommages n'est pas simple, mais le soutien accordé par la Communauté scientifique à ces pratiques est un élément décisif pour son acceptation politique.

Summary: The harm reduction policies and practices display some differences depending on the European Union countries. At once, and from a global point of view, it is possible to observe the common tendency in these countries of which drug policy aims at a free society, but accepting the importance of the measures that limit the risks and harm caused by drugs. The coexistence of the international conventions and the activities of harm reduction is not easy, but the support granted by the scientific community to these practices is a decisive element for its political approval.

Palabras clave: Drogas, Programas de reducción de daños y riesgos, Política criminal, Legislación europea.

Hitzik garrantzizkoenak: Drogak, min eta arriskuak murrizteko programak, Politika Kriminala, Legeri Europarra.

Mots clef: Drogues, Programmes de réduction des dommages et des risques, Politique Criminelle, Législation européenne.

Key words: Drugs, Harm and risks reduction programs, Criminal policy, european legislation.

1. PREMISA

Los estados miembros de la Unión Europea, si bien manifiestan una fuerte oposición a las drogas, intensificando y estableciendo como prioridad el combate al tráfico ilegal, han desarrollado simultáneamente esfuerzos para limitar el peligro y las consecuencias negativas de su consumo por parte de las poblaciones en riesgo. El principio de reducción de riesgos (y de daños) es un componente específicamente desarrollado en los últimos años en las políticas europeas de drogas. Varios son los estados miembros que en sus estrategias nacionales mencionan explícitamente este nuevo enfoque. El presente texto ha sido preparado en el marco del seminario “Políticas de reducción de riesgos: retos y futuro” organizado por el Instituto Vasco de Criminología y se basa principalmente en informes producidos por l’Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías y sobre las informaciones y los datos publicados en su Informe Anual en 2002 (OEDT)*.

2. INTRODUCCIÓN

Las políticas de reducción de daños y las prácticas asociadas presentan características diferenciales a lo largo de la UE. De la observación de estas disparidades se pone de manifiesto que las tendencias políticas y la opinión pública continúan mostrándose resistentes a su aceptación. Esta oposición es más intensa en aquellos países donde el ideal de una sociedad sin drogas obstaculiza un paralelo desarrollo de las prácticas de reducción de daños. Existe una cierta dificultad, incluso en los países en los cuales los principios de reducción de daños están asentados en las políticas de salud y sociales, a activar iniciativas como el intercambio de jeringuillas, la administración controlada de heroína, o los dispositivos asistenciales de venopunción. Tales prácticas son controvertidas al ir en una primera lectura contra el principio de la ley, es decir prohibir y sancionar cualquier uso de drogas que no sea destinado a fines médicos o científicos exclusivamente (artículo 4 de la Convención Única de las Naciones Unidas de 1961). Como afirman Edmunds, May, Turnbull and Hough en ‘Doing Justice to Treatment’, “los principios ligados a la reducción del daño, no son claros para el sistema de justicia. La ley de enjuiciamiento criminal recurre al discurso moralista, al que se adscriben los conceptos “bueno” y “malo”. En consecuencia no está adecuadamente equipada para lidiar con nociones como lo “medio bueno” o lo “medio malo”. No obstante, los profesionales podrían argumentar que la reducción de daños se justificaría especialmente allí donde los aspectos represivos de las políticas de drogas se aplican de lleno.

3. LOS CONCEPTOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y DE RIESGOS

Antes de proceder a una descripción comparativa en la que las estrategias nacionales y las más destacadas prácticas de reducción de daños serán revisadas brevemente, es pertinente aclarar los propios conceptos de reducción de daños y reduc-

* Este trabajo ha sido realizado a partir de datos e informaciones contenidas en los informes sobre la situación nacional del consumo de drogas de los puntos focales nacionales Reitox y procesados para los autores de este artículo y para Gregor Burkardt, Ulrik Solberg, Lucas Wiessing y Julián Vicente.

ción de riesgos. En círculos especializados, los ámbitos profesionales y científicos, se han generado matizaciones en su significado y en su significante.

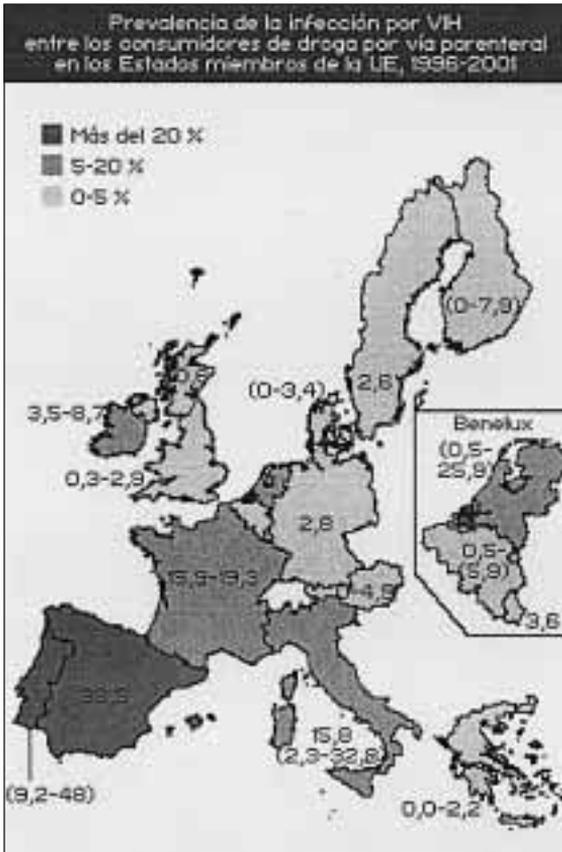
El glosario de términos de ODCCP en el campo de la reducción de la demanda ofrece una clara definición de las políticas de reducción del riesgo y de reducción del daño:

- Las políticas de reducción del riesgo se definen como aquellas “políticas o programas que se basan en la reducción del riesgo o daño causados por el alcohol u otro uso de drogas. Las estrategias de la reducción del riesgo presentan algunas ventajas en la medida que los comportamientos de riesgo son generalmente más inmediatos y más fáciles de medir que los comportamientos que producen daños”.
- Las políticas y los programas de reducción de daños “se centran directamente en la reducción del daño causado por el uso de alcohol y de las drogas, para el individuo o la comunidad. El término se utiliza particularmente aplicado a las políticas o los programas destinados a reducir el daño sin necesariamente requerir abstinencia”.

Waal (2000) introduce una explicación de la diferencia entre la reducción de riesgos y la reducción de daños. Mientras que la reducción de riesgos está orientada por el principio de minimizar el potencial efecto negativo del uso de drogas, en la reducción de daños el objetivo es la reducción de las consecuencias negativas derivadas del uso de drogas para el individuo consumidor y la comunidad en la que se inscribe. En la reducción de daños las estrategias están diseñadas para facilitar un uso menos peligroso de las drogas, no excluyen el objetivo de total abstinencia, si bien éste se sitúa en otro plano, jerárquicamente superior, no dirigiendo las intervenciones de modo permanente. En la reducción de riesgos el diseño de las intervenciones se dirige a alterar los factores que influyen en las tasas de incidencia y prevalencia. Patrones de consumo menos arriesgado, información acerca de comportamientos no aconsejados y pautas seguras de uso de drogas son los componentes esenciales de estas intervenciones, que oscilan desde la mera información a actuaciones más sofisticadas.

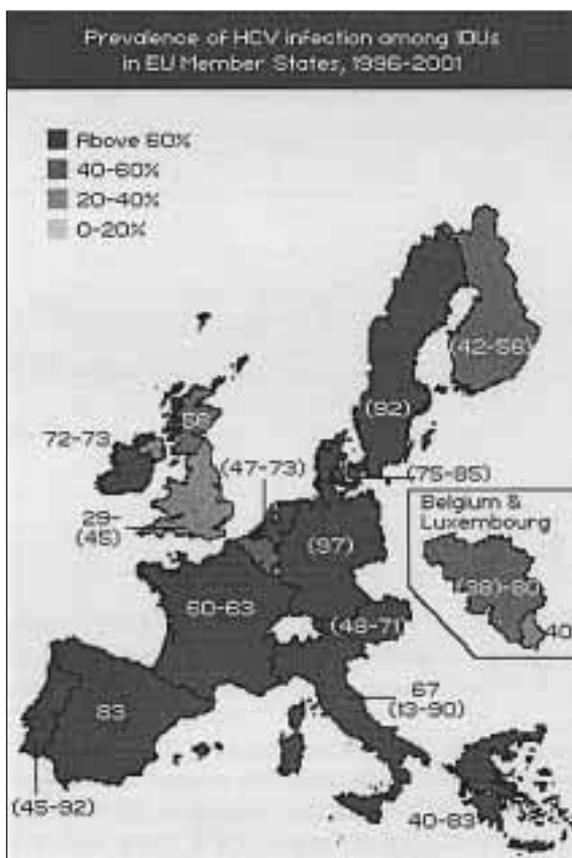
4. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Con la ayuda de algunos datos es posible lanzar hipótesis acerca de las condiciones que han hecho emerger una política de reducción de riesgos en el ámbito europeo. Las enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral provocan los mayores gastos sanitarios causados por el consumo de drogas ilegales. Según la información disponible, existen amplias diferencias en la prevalencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) entre los consumidores de drogas por vía parenteral, tanto entre países como dentro de éstos. Los niveles de infección que han sido facilitados al OEDT por las distintas fuentes varían entre el 1% del Reino Unido (encuestas y análisis anónimos no vinculados) y el 34% de España (análisis de diagnóstico rutinarios en el tratamiento por consumo de drogas), pero en general se han estabilizado. Este panorama general no ha variado en los últimos años (EMCDDA Informe anual del estado del fenómeno de las drogas en la Unión Europea y en Noruega, 2002).



N.B.: Los datos que aparecen entre paréntesis tienen carácter local. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de fuentes y, en algunos casos, a que se trata de datos de carácter local. El color de un país indica el punto medio del rango de prevalencia procedente de las distintas fuentes de información. Los datos sobre España, Italia y Alemania se limitan a la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VIH entre aquellos consumidores que no están en tratamiento. Las elevadas cifras de Portugal se refieren a un estudio de una zona muy problemática en Lisboa. Fuente: OEDT, Informe anual, 2002, Puntos Focales nacionales de la red Reitox. Las fuentes primarias figuran en el resumen y los cuadros completos de la tabla "Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2001".

Sobre la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) se dispone de datos limitados. Cuando los datos existen presentan las mismas limitaciones que aquellos sobre el VIH. Sin embargo, el panorama general también resulta claro: la prevalencia de la hepatitis C es sumamente alta en todos los países y entornos, con tasas de infección entre el 40 % y el 90 % en diferentes subgrupos de consumidores de drogas por vía parenteral. Los datos sobre España (83%), Italia (67, 13-90%) y Portugal (45-92) se limitan a la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VHC entre aquellos consumidores que no están en tratamiento. Los datos correspondientes al Reino Unido (29-45, Inglaterra y Gales, 56% Escocia), Luxemburgo (40) y Finlandia (42-56) se basan en análisis de saliva. Los datos correspondientes a Francia (60-63) se basan en la notificación de los resultados de los análisis por los propios sujetos, por lo que pueden resultar poco fiables. Los datos de Suecia (92) son los correspondientes a 1994.



N.B.: Los datos que aparecen entre paréntesis tienen carácter local. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de fuentes y/o, a que se trata de datos de carácter local. El color de un país indica el punto medio del rango de prevalencia procedente de las distintas fuentes de información. Los datos sobre España, Italia y Portugal se limitan a la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VHC entre aquellos consumidores que no están en tratamiento. Los datos correspondientes al Reino Unido, Luxemburgo y Finlandia se basan en análisis de saliva. Los datos correspondientes a Francia se basan en la notificación de los resultados de los análisis por los propios sujetos, por lo que pueden resultar poco fiables. Los datos de Suecia son los correspondientes a 1994. Fuentes: OEDT, Informe anual, 2002, puntos focales nacionales. Las fuentes primarias figuran en el cuadro estadísticos "Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2001".

Resulta preocupante que en algunos países de la UE se señalen nuevos aumentos de casos de muerte asociados al consumo de drogas tras un período de estabilización o descenso. Las tendencias generales a nivel de la Unión Europea (gráfico) pueden explicarse a través de la extensión del consumo de heroína por vía parenteral en muchos países europeos durante los años ochenta y principios de los noventa. La reciente moderación del aumento de las muertes por drogas en el conjunto de la UE podría estar relacionada con la estabilización de la prevalencia del consumo problemático de drogas en algunos países, la disminución de las prácticas de riesgo (inyección) en otros y posiblemente el aumento de la oferta de tratamiento, incluyendo los programas de sustitución. Hay que subrayar que existen claras diferencias entre países de la UE respecto a las tendencias de muertes agudas por drogas, y que muchos países continúan sufriendo aumentos importantes del número de estas muertes.



Índice: 1985 = 100%.

N.B.: No todos los países presentaron datos para todos los años, pero esta situación ha sido controlada en el cálculo de la tendencia general. Proyecto de informe del OEDT CT.99.RTX.04, coordinado por el Trimbos Instituut (NL).

Fuentes: OEDT, Informe anual, 2002, informes nacionales de la red Reitox de 2001, extraídos de los registros nacionales de mortalidad o de los registros especiales (forenses o policiales) y basados en las definiciones nacionales que figuran en sitio web del OEDT Recuadro: "Definición de 'muerte por reacción aguda a las drogas' en los Estados miembros de la UE siguiendo la definición del informe anual del OEDT y de los informes nacionales".

5. LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES

En el ámbito internacional, la reducción del daño en las políticas de drogas no ha sido en sentido estricto objeto de acuerdos o consenso. Las 3 convenciones de las Naciones Unidas de 1961, 1971, y 1988, estando inspiradas en el principio de control, no consideran el aspecto de reducción de riesgos, ni tampoco del daño.

En la última Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de Naciones Unidas en 1998, se aprobaron algunos principios clave para la reducción de la demanda, como es el caso de la declaración política. En dicha declaración la reducción de riesgos no se menciona explícitamente. La declaración aboga por una acción multi-disciplinaria favorecedora de un abordaje equilibrado de los aspectos oferta y demanda.

En el ámbito de la Unión Europea, el Tratado de Maastricht impulsa explícitamente la política de drogas y en este marco las políticas de reducción de riesgos. La Estrategia de la Unión Europea y el Plan de Acción 2000-2004, así como las recientes discusiones sobre una Recomendación del Consejo de los Ministros de la UE en la

Reducción de Riesgos (Cordroque 101, todavía no adoptada), legitiman y dan énfasis a la reducción de riesgos en el ámbito “drogas”.

El tratado de Maastricht declara en su artículo sobre salud pública (art.152) que la acción de la Comunidad, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias. La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluyendo la información y la prevención.

La Estrategia de la Unión lanzada en el 2002 constituye un marco de armonización de los principios europeos en materia de drogas. En ella se propone que la Unión fomente el intercambio de información relativa a las medidas tendentes a contrarrestar los efectos sanitarios y sociales adversos del consumo de drogas. Tales medidas podrán incluir servicios de fácil acceso, en caso de que los Estados miembros lo estimen conveniente, y medidas encaminadas a combatir la exclusión social de los drogadictos. Asimismo, deberá llevarse a cabo un intercambio de información en materia de tratamiento, sobre la experiencia adquirida y las mejores prácticas en lo que se refiere, por ejemplo, a los programas de sustitución. Uno de los principios de la estrategia expresamente subraya que es necesario conceder mayor prioridad a la prevención del consumo de estupefacientes y a la reducción de la demanda, especialmente a la relacionada con la iniciación al consumo, así como a “la reducción de las consecuencias adversas del consumo de droga” (Principios y objetivos de la estrategia de la UE en materia de drogas (2000-2004).

La Proposición de recomendación del Consejo relativa a la prevención y a la reducción de riesgos ligados a la toxicomanía (Cordroque 101, 27 noviembre 2002), actualmente en discusión entre las instituciones comunitarias y entre los Estados miembros (marzo 2003), propone hacer de la reducción de riesgos un objetivo específico en materia de salud pública y a tal fin elaborar estrategias globales, facilitar información para los toxicómanos, garantizar tratamientos de sustitución adecuados, programas de intercambio de jeringuillas, extender los servicios de reducción de riesgos en prisión, desarrollar los programas de evaluación con el apoyo del OEDT, etc.

6. LAS ESTRATEGIAS NACIONALES

Las condiciones establecidas por el Tratado de Maastricht de reducir los daños a la salud producidos por las drogas, ha sido puesta en práctica en los Estados miembros de la Unión Europea de modo heterogéneo en relación a la prioridad y naturaleza de las actividades desarrolladas.

Desde una lectura comparativa de las estrategias nacionales se pone de manifiesto que en las políticas de reducción de daños, más aún que en otros ámbitos, la visión general de aceptación o rechazo a las drogas afecta sus objetivos y el tipo de acciones propuestas. No obstante, analizadas en detalle, encontramos que en cierto número de

países la reducción de daños está considerada desde una perspectiva más amplia, abarcando varios ámbitos: prevención, tratamiento y sistema de justicia criminal. De otra parte, allí donde prevalece el modelo de sociedad sin drogas pasa a ser el tema central de la estrategia nacional. Por el contrario, las políticas de reducción de daños parecen estar menos presentes en las estrategias nacionales. En la práctica, algunas de las actividades, como el intercambio de jeringuillas o la prescripción de metadona, pueden ser englobadas en el término “reducción de daños”. Asimismo, se da cuenta de ellas incluso cuando son puestas en práctica a pequeña escala.

A continuación señalamos los textos de los planes nacionales de drogas que mencionan de manera explícita la reducción de daños como uno de los principales objetivos políticos. En España, la estrategia 2000-2008 propugna la “expansión de los programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas, en particular de los programas de intercambio de jeringuillas, sexo seguro y consumo menos arriesgado, kits anti-SIDA, etc.”. Los planes de las provincias Austríacas promueven “una sociedad libre de drogas aceptando no obstante la importancia de las medidas destinadas a limitar los riesgos causados por su uso y el daño asociado”. La estrategia de drogas 2000-2008 de Irlanda propone “reducir significativamente el daño causado a los individuos y a la sociedad por el uso inadecuado de drogas a través de una rigurosa aproximación al problema que combine la reducción de la oferta, la prevención, el tratamiento y la investigación”. El texto de la estrategia portuguesa de 1998 propone “crear una red primaria de reducción de daños, compuesta por grupos de trabajo de calle, puntos de contacto e información, programas de intercambio de jeringuillas y programas de metadona de baja exigencia en el 100% de los distritos territoriales y hacer accesibles los programas de reducción de daños al 100% de los toxicodependientes”.

Como contrapunto al perfil oficial de las políticas públicas en materia de drogas y particularmente a aquellas que se inscriben en el ámbito de la reducción de riesgos es interesante observar qué características presentan las intervenciones sobre el terreno. De su análisis puede deducirse qué países han conseguido aproximar el sistema de justicia criminal a la política de reducción de riesgos.

7. UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LAS INTERVENCIONES

La puesta en práctica de las medidas de reducción de daños ha traído consigo una necesaria recomposición de las estructuras asistenciales. Dichas transformaciones abarcan desde la redefinición de los perfiles profesionales hasta la reubicación espacial de los servicios. En el cambio de paradigma asistencial los aspectos corporativos han tenido también su lugar. El nuevo modelo pasa a poner el acento en la salud física, dejando en segundo plano la adicción. Ello conlleva una redefinición de los roles de las diferentes profesiones. El número de médicos y enfermeros que se incorporan a los servicios de tratamiento aumenta considerablemente. Los especialistas en salud mental, profesión predominante en los programas libres de drogas, es decir en aquellos que tratan principalmente el problema adictivo, pasan a convivir en los equipos profesionales con un número cada vez mayor de médicos y enfermeros. Por otra parte, la evaluación ve reforzado su aspecto positivista. Los estudios cualita-

tivos dan lugar a otros en la que los indicadores fisiológicos, seroestatus principalmente, hacen posible evaluar con precisión los resultados intermedios o finales de los programas. Este hecho es clave en el interés que las intervenciones de reducción de daños han despertado entre los investigadores y académicos, generalmente aquellos adscritos a las disciplinas médicas. El refrendo científico de las prácticas profesionales ha constituido un elemento de decisiva importancia para su aceptación política. La evidencia científica cristaliza los resultados de las propias políticas.

La presencia de HIV/SIDA en la población destinataria de las intervenciones es uno de los indicadores más frecuentemente usados en la evaluación de los programas de reducción de daños. El gran deterioro físico que acarrea el HIV determina el éxito innegable de las intervenciones que consiguen contener su transmisión. La aplicación de medidas de reducción de riesgos en el caso de intervenciones dirigidas a la población que se inicia o experimenta las drogas, está lejos de centrar los objetivos de las intervenciones en la transmisión de enfermedades infecciosas. Lo más habitual es que intenten controlar los problemas de salud, como el golpe de calor, las crisis cardíacas o las menos frecuentes sobredosis. Se sabe que los jóvenes consumen fundamentalmente cannabis, drogas sintéticas, alcohol y tabaco. Ninguna de estas sustancias es generalmente consumida por vía intravenosa. Las dificultades que la prevención primaria encuentra en mostrar resultados y el relativo escaso riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, habida cuenta de los nuevos patrones de consumo en los jóvenes nos ponen frente a un panorama netamente diferente de la reducción de daños en este ámbito. Los debates públicos más notorios en reducción de riesgos se han producido justamente en el campo de la prevención primaria. Intervenciones que responden a este perfil son los análisis de pastillas o las medidas dirigidas a impedir el golpe de calor.

La reducción de riesgos, dirigida a actividades preventivas, excluyendo la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, presenta asimismo características diferenciales en la población destinataria. El movimiento asociacionista y de apoyo mutuo entre consumidores experimentales de drogas presenta particularidades respecto a los movimientos de usuarios crónicos y problemáticos, generalmente de heroína. Estos últimos han encontrado más dificultad en organizarse y representan un grupo frágil en su capacidad de generar apoyo ciudadano y opinión pública favorable. El proceso de exclusión social al que estas poblaciones se han visto sometidas les ha hecho perder capacidad de reivindicar sus derechos como ciudadanos. Sus derechos como usuarios de las intervenciones.

Tratamientos de sustitución

Como puede verse en el gráfico 4 en el año 2000 se ha multiplicado casi por cinco el número de personas en tratamientos de sustitución con relación a 1993. No todos los estados miembros facilitaban tratamientos de sustitución en 1993. Al final de los 90 sí existían en mayor o menor medida en todos los estados miembros. Se estima que las 351.000 personas en tratamiento de sustitución en el año 2000 constituyen alrededor del 30% del total de la población de usuarios de droga problemáticos en la UE.



Intercambio de jeringuillas

El intercambio de jeringuillas existe en todos los países de la UE y Noruega. Al final de los 90 se produce una expansión en países donde la reducción de riesgos no había sido una prioridad (Eg. Bélgica-Comunidad flamenca, Finlandia y Noruega) Existen amplias diferencias en la disponibilidad/cobertura entre los países y entre las áreas rurales y urbana. Una mejor cobertura de las áreas rurales se ha observado en países que han contado con la colaboración de las farmacias en los programas, como es el caso de España.

Distribución controlada de heroína

En Alemania y Holanda están en marcha experimentos en los que la heroína es dispensada bajo control médico a toxicodependientes en fase avanzada y grave. En Suiza la fase experimental ha dado paso a la extensión de dicha práctica. En Reino Unido esta práctica también existe, si bien son los médicos de atención primaria quienes la prescriben. En España un experimento espera ser lanzado en Andalucía. En Bélgica y Luxemburgo están aún en discusión. La dispensación controlada de heroína es seguida muy de cerca por los estados europeos, también por otros países fuera de Europa. En Canadá ya han sido aprobados. Pueden suponer un punto de inflexión en las políticas y legislaciones europeas en materia de drogas. Han, asimismo, desencadenado muchas críticas.

Dispositivos asistenciales de venopunción

Facilidades de consumo de drogas supervisadas han sido diseñadas para hacer frente a las exigencias tanto de la salud pública como del orden público. En particu-

lar a la reducción de la mortalidad y la morbilidad causadas por las sobredosis y otras reacciones adversas como consecuencia del consumo de drogas. El incremento de la preocupación por la prevención de las enfermedades infecciosas ha dado lugar a la mejora del acceso a los usuarios de drogas más marginales, su derivación a los servicios de asesoramiento y tratamiento, así como la disminución de los problemas relacionados con el consumo de drogas en los espacios públicos. Estas facilidades representan formas muy específicas –en ocasiones denominadas “formas extremas”– de reducción de riesgos (de Ruyver, 2000).

Los denominados dispositivos asistenciales de venopunción o consumo son locales donde bajo condiciones seguras los consumidores de narcóticos pueden consumir la droga. En marzo de 2003 había 19 salas de consumo de drogas en Alemania (Comisariado de Drogas del Gobierno Federal, 2003) y más de veinte instalaciones oficiales para el consumo de drogas funcionaban en 2002 en nueve ciudades holandesas. España contaba con una sala sanitaria en mayo de 2000 en Las Barranquillas, zona metropolitana de Madrid, así como un espacio móvil de venopunción higiénica asistida en Barcelona desde 2001. Las instalaciones para el consumo de drogas bajo supervisión forman parte de la política portuguesa de reducción de daños y están contempladas en el Plan Nacional de Acción contra la Droga “Horizonte 2004”, si bien hasta ahora no han sido implementadas. En Luxemburgo la base legal para la puesta en marcha de los dispositivos de venopunción fue creada en el 2001. En este país se prevé integrar una unidad en los servicios ampliados de un “centro de emergencias” en 2003. En Noruega, Dinamarca, Austria y Reino Unido el debate está vivo en la opinión pública y en el debate político.

En el ámbito internacional estas prácticas son vistas críticamente. En el último Informe Anual (2003) de la Junta Internacional de fiscalización de estupefacientes de la Naciones Unidas (JIFE), la Junta reitera su reservas sobre la prescripción de heroína. En cuanto al establecimiento de locales donde los toxicómanos puedan inyectarse la sustancia que han obtenido ilegalmente, la Junta afirma cómo esto es contrario a los tratados internacionales de control de drogas (Informe JIFE 2003 art. 503).

En todo el mundo existen 58 facilidades de consumo que han sido no obstante puestas en marcha sobre la base de legislaciones nacionales o locales, o como proyectos científicos de carácter experimental. Dado que estas facilidades han sido observadas escrupulosamente por las autoridades sanitarias y de justicia, dicho trabajo está bien documentado habiendo sido evaluados los logros en varios estudios (ver por ejemplo Sozialamt der Stadt Zürich 1993, 1995; Ronco et al. 1994; Ronco and Spuhler 1994; Lanz et al. 1996; Kemmesies 1996; Jacob et al. 1999; Linssen et al. 2000; Happel and Steinmetz 2001; Díaz Gutiérrez (2001a, 2001b); MSIC 2002; Zurhold et al. 2001; Poschadel et al. 2003). El OEDT está actualmente preparando una revisión de la evidencia disponible acerca de las salas de consumo.

El análisis de pastillas

El objetivo del análisis de pastillas es advertir a los consumidores sobre los potenciales graves riesgos para la salud derivados del consumo de sustancias estupefacientes (tipo éxtasis) en lugares de diversión, como discotecas o fiestas ‘rave’.

El análisis de pastillas persigue tres finalidades: (a) reducción del daño, informando a los consumidores acerca de la presencia de sustancias nocivas, de sus efectos, dosificación, etc., (b) establecimiento del contacto con los jóvenes y (c) transmisión de mensajes de “uso seguro”. Los proyectos ofrecen puntos de información e intercambio de opinión sobre las sustancias entre los jóvenes consumidores y el personal especializado. Asimismo, ofrecen una oportunidad para el seguimiento y la investigación acerca del mercado de las drogas sintéticas, acerca de las tendencias de consumo y de los aspectos demográficos y psicológicos de los consumidores. Pero, no hacen disminuir el interés por las drogas ni limitan los aspectos más nocivos.

Las intervenciones en las prisiones

Gran parte de los daños asociados al consumo de drogas se genera en las cárceles: transmisión de enfermedades infecciosas, escalada en la actividad criminal, muertes por sobredosis en los días que siguen a la salida de la cárcel, dificultades en acceso al empleo, son algunas de las más destacables. Ante esta situación las medidas de reducción de daños y reducción de la demanda han sido estimuladas por parte de los sectores sensibles a esta problemática, generalmente desde la oferta de asistencia ya pública y privada, así como los propios afectados y sus familias. Otro de los desarrollos a los que se ha asistido en los últimos años es el de la producción legal de medidas alternativas a la prisión así como los nuevos recursos puestos a disposición para su puesta en práctica.

La prisión como entidad simbólica y como interesante contexto de investigación ha sido objeto de una extensa producción literaria científica y filosófica. En los últimos años el peso específico que las drogas han adquirido en este ámbito ha dado lugar a interesantes reflexiones en las que los derechos humanos se presentan como telón de fondo.

En Europa las medidas de reducción de daños están integradas de modo diferenciado en la comunidad y en los contextos carcelarios. La resistencia a su integración en el interior de las cárceles estriba en el temor a difundir un mensaje equívoco y potencialmente a contribuir que las drogas ilícitas sean más aceptadas socialmente.

La prescripción de sustancias de sustitución bajo el principio del mantenimiento está comúnmente disponible en los sistemas carcelarios de cuatro países europeos Austria, Alemania, Luxemburgo y España. La interrupción del tratamiento de sustitución a la entrada en la prisión es un hecho en la mayor parte de los países. La desintoxicación es más popular que el uso de tratamientos de sustitución con finalidad de mantenimiento.

La vacunación contra la hepatitis B y la tuberculosis se facilita en numerosas prisiones de la UE para prevenir la infección o la sobre infección. Las prisiones presentan características favorables para la vacunación dado que los individuos a vacunar pueden ser contactados con facilidad, en la comunidad el buen cumplimiento del programa de vacunación presenta mayores dificultades.

Los programas de intercambio de jeringuillas, que son un componente de la estrategia de prevención de riesgos fuera de las cárceles en la mayor parte de los países de la UE, excepto en Suecia, no se han desarrollado apenas en los sistemas carcelarios de la UE, excepto en España, país donde están comúnmente disponibles, y en Alemania.

CONCLUSIONES

Durante los años 1990 las medidas de reducción de daños han aumentado en la práctica y la reducción de riesgos ha sido integrada de manera creciente en los planes políticos nacionales en los estados miembros de la UE, encontrando una legitimación en el tratado de la Unión de 1993. La Estrategia de la Unión Europea 2000-2004 abarca los conceptos de reducción del efecto negativo del consumo de drogas en términos de salud y sociales. Desde un punto de vista global es posible observar una tendencia común en varios de los países de la UE en los cuales la política de drogas apunta a una sociedad libre de drogas pero aceptando la importancia de medidas que limiten los riesgos causados por las drogas así como los daños. El debate político continúa mostrándose ampliamente. La convivencia entre algunas actividades enmarcadas en la reducción de daños y la convenciones internacionales es ardua.

El respaldo de la comunidad científica a las prácticas de reducción de daños ha constituido un elemento de decisiva importancia para su aceptación política. La política necesita de pruebas científicas para probar sus propios resultados, de ahí que las intervenciones de tipo positivista, en las que se enmarca la reducción de daños, presenten ventajas comparativas respecto a intervenciones que actúan netamente en el área de la salud mental y donde los resultados encuentran más dificultades para ser probados cuantitativamente.

REFERENCIAS

- Consejo de los Ministros de la UE (1999): Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004), CORDROGUE 64, (OR. en).
- Consejo de los Ministros de la UE (2002): Proposición de recomendación del Consejo relativa a la prevención y a la reducción de riesgos ligados a la toxicomanía (Cordrogue 101, 27 noviembre 2002).
- DÍAZ GUTIÉRREZ, Andrés (2001a): "Dispositivo Asistencial de Venopunción". La experiencia Madrileña en la interacción con el UDI, en un espacio de inyección segura, Paper presented at the "1a Conferencia Latina de Reducción de los Daños relacionados con las Drogas", Barcelona 14-16 November 2001, Session S 31. (Abstract)
- DÍAZ GUTIÉRREZ, Andrés (2001b): Dispositivo Asistencial de Venopunción. Paper presented at: Curso de Formación en Drogodependencias. Programas de Reducción de Daños. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Agencia Antidroga.
- Drug Commissioner of the Federal Government, (2003): Drug Consumption Rooms. Background Information, March 2003, Federal Ministry of Health and Social Security: Berlin, Germany.

- EDMUNDS, May; TURNBULL, Hough (1999): Doing Justice to Treatment, DPAS paper 2, Home Office, UK.
- EMCDDA (2002): Annual report on the state of the drugs problem in the European Union.
- EMCDDA (2002): Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review.
- HAPPEL, V. & STEINMETZ, J. (2001): Überdosierungen im Konsumraum. Ergebnisse und Erfahrungen nach fünfjähriger Begleitung des grössten Frankfurter Konsumraums, in: Akzept e.V. (Ed.) Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress 5.-7. Oktober 2000 in Berlin, Berlin: VWB, 189-195.
- JACOB, J.; ROTTMANN, J.; & STÖVER, H. (1999): Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des "drop-in Fixpunkt" in Hannover. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung, Bd. 2.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2002: Informe Anual, E/INCB/2002/1 - ISBN 92-1-348078-4.
- United Nations - ODCCP (2000): Demand Reduction - A Glossary of Terms, New York.
- Santalucia (2002): Conference Intervention: Una politica sulle droghe realistica efficace – Mantova, Italia December 2002.
- United Nations (1961): Single Convention on Drugs, New York.
- WAAL, H. (2000): Risk reduction as a component of a comprehensive multidisciplinary approach to drug abuse problems, Pompidou Group Ministerial Conference, Sintra, Discussion Paper.