

# ASPECTOS SANITARIOS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS EN ÉPOCA DE GLOBALIZACIÓN

Iñaki MARKEZ

*Psiquiatra. Ekimen, Investigación sobre Sustancias y salud Mental*

**Resumen:** Las estrategias de reducción de daños y riesgos se pueden definir como un conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos o sociales) asociados al consumo de drogas, permitiendo no estigmatizar al usuario dependiente de drogas. En la era de la globalización, la salud pública y el respeto a los derechos humanos han de ser prioridades de cualquier política sobre drogas. De esta forma, se pretende conseguir el respeto hacia la opción personal de consumir drogas, e, igualmente, en atención a criterios de justicia y beneficencia, exigir medidas para la reducción de los posibles daños asociados a este fenómeno.

**Laburpena:** Esan daiteke min eta arriskuak murrizteko programak, gizarte eta osasun neurri bezala definitu daitezkeela, drogen erabiltzailearengan dituzten ondorio negatiboak (fisikoak, psikikoak, edo sozialak) murrizteko. Globalizazioaren aroan, osasun publikoa eta giza eskubideekiko begiruneak izan behar luke garrantzizkoena, drogen aurkako politikak aplikatzerakoan. Era honetara, kontsumoaren kontsumo pertsonalarekiko begirunea lortu nahi da, eta era berean justizia eta onuren irizpidean oinarrituz neurriak eskatu nahi dira drogen fenomenoak ondortotzat ekartzen dituen kalteak murriztu nahian.

**Résumé:** Les stratégies de réduction des dommages et des risques peuvent être définies comme un ensemble de mesures socio-sanitaires, individuelles ou collectives, qui essaient de diminuer les effets négatifs (physiques, psychiques ou sociaux) associés à la consommation des drogues, en permettant de ne pas stigmatiser au consommateur dépendant des drogues. À l'ère de la globalisation, la santé publique et le respect aux droits de l'homme doivent être des priorités de toute politique sur les drogues. De cette manière, on prétend obtenir le respect vers l'option personnelle de consommer des drogues, et, également, en attention à les critères de justice et de bienfaisance, exiger des mesures pour la réduction des possibles dommages associés à ce phénomène.

**Summary:** The harm and risks reduction strategies can be defined as a set of social and sanitary measures, individual or collective, which try to diminish the negative effects (physical, psychic or social) associated to the drug use, that allow not to stigmatize the drug addict. In the globalización age, the public health and the respect to human rights have to be a priority of any drugs policy. In this way, it is tried to manage the respect towards the personal option to use drugs and also, in view of justice and charity criteria, to demand measures for the reduction of the possible harm associated to this phenomenon.

**Palabras clave:** Drogas, Programas de reducción de daños y riesgos, globalización, Consumo de drogas.

**Hitzik garrantzizkoenak:** Drogak, mina eta arriskua gutxitzen dituzten programak, globalizazioa, drogen kontsumoa.

**Mots clef:** Drogues, Programmes de réduction des dommages et des risques, Mondialisation, Consommation de drogues.

**Key words:** Drugs, Harm and risks reduction programs, Globalization, Drugs use.

El fenómeno de la globalización está interviniendo en la cuestión de las drogas en todos y en cada uno de los procesos que acontecen, en la oferta y en la demanda, en la producción, distribución y comercialización de todas ellas, legales o no, a través de recursos transnacionales. Procesos en un escenario global en el campo económico y financiero y escenario global en sus consecuencias sanitarias, sociales y culturales. Se ha llegado a globalizar la epidemia, con sus trágicas consecuencias sociales y sanitarias sobre muchos consumidores que quedan atrapados en la dependencia. Y también sobre los entornos familiares y amplias franjas sociales afectadas por la violencia, accidentabilidad, o la delincuencia. Afectación que daña y viola los derechos humanos básicos y que no obstante, genera rentabilidad para muchos situados en instituciones, aparatos del Estado o cómodos sillones empresariales. Las tendencias de consumo se han tendido a globalizar, mientras por otro lado se exige también respuestas globalizantes a los Estados para el adecuado tratamiento. Mientras, inmensas comunidades padecen las consecuencias. Globalización, también, como fenómeno de desocialización de importantes franjas de población por ruptura de vínculos escolares, familiares o sociales, marginación con comportamientos sectarios o sociales de autoprotección y/o supervivencia.

## **POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

Las políticas sobre drogas impulsadas por los Estados han seguido un curso unificador, con discursos unívocos hegemónicos y determinados por las políticas oficiales de la administración de los EE.UU. A pesar de importantes informes sobre algunas sustancias minimizando las consecuencias sanitarias y sociales de su uso, las legislaciones y políticas prohibicionistas fueron imponiéndose. Los ejemplos se han multiplicado durante el siglo pasado. El proceso hasta llegar en 1937 a la *Marijuana Tax Act* por el Congreso de los EE.UU, sin motivaciones científicas que la sustentaran sino más bien un entramado de causas económicas, sanitarias, morales y racistas que provocaron la ilegalización de cualquier uso del cannabis, no sólo recreativo sino tampoco médico. Antes, en diciembre de 1914, la ley Harrison que en su texto reglamentaba el registro, fabricación, tributación y uso de las sustancias fue el precedente en apenas unas semanas de la Ley Seca para el vino y los licores. Anteriormente fue el opio. Paulatinamente las cuatro grandes sustancias de uso recreativo (alcohol, opio, marihuana, cocaína) fueron satanizadas para posteriormente imponer leyes que tuvieron como objetivo “la reforma de las costumbres y así mejorar la sociedad”. Iban dirigidas directamente a las “minorías” (irlandesa, china, mexicana y negra) que comenzaban a tener notorias cotas de poder.

El seguidismo internacional respecto a la política estadounidense ha sido una pauta mantenida hasta llegar a la Convención Única de 1961, donde la ONU sentenció lo relativo al uso de drogas definiendo las grandes líneas de la política de drogas en el mundo indicando que el objetivo era establecer *un mundo libre de drogas en 25 años*. Han transcurrido 40 años desde aquella Convención firmada en Nueva York que sigue siendo el texto orientador de las políticas sobre drogas en casi todos los países del mundo a pesar de la elevada afectación sobre la salud pública, las numerosas violaciones de los derechos humanos y los muy elevados costes sociales y económicos. Epidemias de enfermedades graves (sida, hepatitis), criminalización de

los consumidores y de los campesinos productores de drogas, promoción de consumos inseguros, generación de conductas violentas, deterioro medioambiental, encarcelamientos, alarmismo social, etc., son parte importante de las consecuencias de modelos y políticas prohibicionistas. Incluso en la última Convención de Naciones Unidas de 1998 han vuelto a repetir lema: *un mundo libre de drogas, podemos conseguirlo*. Repetición de lema y escasa diferencia de la política general sobre drogas hasta llegar a la próxima Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGAS) sobre drogas en el año 2008. En este camino el lema es *librar al mundo de las drogas antes de 2008*. Más de lo mismo.

La consideración por la OMS de la drogodependencia como enfermedad crónica y recidivante produjo un incremento de la oferta asistencial con variados programas, siempre orientados a la abstinencia. Dichos programas, los programas llamados *libres de drogas*, fueron y siguen siendo útiles para subpoblaciones de toxicómanos pero no para la totalidad, ya que muchos de ellos ni se plantean siquiera el abandono de los consumos. Estamos hablando de usuarios con importante deterioro o ingresados en centros penitenciarios, adictos de larga evolución, o todos aquellos que no pueden o no quieren dejar su dependencia. Son usuarios de drogas poco receptivos a los programas clásicos de tratamiento que pueden ser susceptibles de otros programas cuyos objetivos estén alejados de la abstinencia.

## REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

Tras casi un siglo de políticas internacionales centradas en la represión y en la prohibición de ciertas drogas, es el momento de promover una aproximación más humana, orientada socialmente y sobre todo más eficiente, donde el primer interés es proteger la salud de los usuarios y mejorar la realidad psicosocial. Los llamados Programas de Reducción de Daños y Riesgos son, y han sido, el marco de diversos planteamientos y programas de actuación que en estas últimas décadas han pretendido dar una respuesta a las diferentes problemáticas asociables a las formas de uso de ciertas drogas, a las patologías concomitantes y a las conductas de riesgo.

Las políticas sobre drogas que dominan en la actual Unión Europea se relacionan con la reducción de la demanda. Tienden a unificar o coordinar las intervenciones institucionales, e incluso las legislaciones. Las actuaciones represivas han descendido a pesar de que las noticias sobre aprehensiones y detenciones sean cotidianas en los medios de comunicación. Se toman muchas iniciativas más o menos coercitivas, más o menos tolerantes, pero habitualmente no se evalúan las actividades, ni los programas y mucho menos las políticas de intervención. Claro que, no se puede evaluar algo que previamente no se conoce y con frecuencia es enorme el desconocimiento de la realidad.

En el terreno de la reducción de la demanda, en sus expresiones prácticas vemos grandes diferencias entre las líneas estratégicas nacionales o estatales con lo desarrollado en el ámbito local, incluso con filosofías antagónicas o cuando menos muy alejadas conceptualmente de lo oficial. Existen temas relacionados con la reducción de la demanda y también con la reducción de daños, que se hallan más cercanos a la población y a los profesionales que trabajan en este campo. Las actividades

y programas de reducción de daños y riesgos, los tratamientos de sustitución, el debate y las medidas sobre la despenalización, la prevención entre usuarios de drogas, la prevención entre usuarios de drogas, la evaluación de los programas y las políticas, etc., son algunos de ellos.

El ejemplo de la descriminalización es bien elocuente. La mayoría de los Estados de la Unión Europea se hallan en situación de despenalización de facto: Luxemburgo, Reino Unido y Portugal con debates parlamentarios sobre la despenalización y sentenciando el “principio de oportunidades”; Francia con el aún reciente debate político sobre la despenalización de consumo; Alemania, Austria, Bélgica, Holanda y Dinamarca, donde se han ido publicando directivas y líneas orientadoras hacia la despenalización del consumo, permitiendo incluso la producción siempre que sea para uso personal como es el caso belga, que aplica el lema “mejor prevenir que curar y mejor curar que perseguir”; España e Italia, donde está despenalizado el consumo si bien se mantiene la arbitrariedad a través de sanciones administrativas. La nota discrepante la dan Suecia, Grecia y Finlandia que en absoluto aplican la legislación de modo discriminatorio. Los niveles de tolerancia pueden ser grandes o pequeños respecto al consumo o al comercio, pero en cualquier caso aún los textos sociojurídicos –la “ley”– distan de lo que se aplica en la práctica diaria.

Por otro lado, las políticas y los llamados programas de Reducción de Daños y Riesgos son, y han sido, el marco de los diversos planteamientos y programas de actuación que en esta última década han pretendido dar una respuesta a las diferentes problemáticas asociables a las formas de uso de ciertas drogas, a las patologías concomitantes y a las conductas de riesgo. La reducción de daños se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia y centrados en un modelo punitivo, sea por el paternalismo médico sea por la aplicación de la ley. Los replanteamientos de las formas y métodos de intervención han llevado a formular nuevos modelos conceptuales. La oferta de servicios sanitarios y sociales dirigidos a disminuir los posibles efectos nocivos del uso de drogas, sin la imposición del no-uso, fue un cambio radical en su momento.

Los modelos que en décadas anteriores han hegemonizado el discurso oficial sobre las drogas y las drogodependencias, el médico-sanitarista y el jurídico, representaban el inicio de abordaje del fenómeno. Los primeros imponiendo su código hipocrático y recogiendo el viejo concepto de enfermedad para las adicciones y para ello prescribiendo otras sustancias, y los segundos criminalizando al consumidor, prescribiendo leyes e imponiendo su código penal. Enfermos y delincuentes eran el objeto de intervención, pero los pretendidos resultados no se lograban y además se constataba que las conductas asociadas al uso de sustancias presentaban un amplio abanico que iba de lo placentero a lo enfermizo o problemático. Las divisiones de drogas en legales e ilegales tampoco tenían relación con los daños y riesgos de la sustancia sino más bien con cuestiones de índole económico, social, cultural o de orientación ideológica en un momento y lugar dado.

En los últimos 25 años mientras numerosas profesiones discutían, discutíamos, con mejor o peor fortuna, sobre las políticas y actuaciones de reducción de daños y riesgos, las orientaciones emanadas desde la Administración estadounidense, el lobby de la prohibición, lograba de facto una ley internacional condicionando las leyes nacio-

nales y locales. La institución utilizada ha sido Naciones Unidas que a través de una serie de Convenciones y Tratados ha obligado a la comunidad internacional a emplear protocolos, proclamas y acuerdos que en general han sido trasladados por los gobiernos en forma de leyes nacionales aparentemente de decisión soberana y que condicionan aspectos importantes de las economías y el comercio, de las relaciones sociales y culturales, del medio ambiente e incluso los derechos básicos de la ciudadanía.

El concepto de disminución de daños no comenzó a utilizarse con cierta amplitud hasta finales de los años ochenta como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), y tras la valoración de las políticas de épocas anteriores, con una oferta terapéutica limitada, viéndose que no sólo no había mejorado la cuestión de los consumos, los consumidores y las drogodependencias sino que exacerbaban el problema, sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria. Estos usuarios, anteriormente habían sido atendidos con relación jerarquizada y excluyente. Adicto como persona no competente.

Los programas de reducción de riesgos son aplicables hacia cualquier tipo de sustancias, si bien en nuestro entorno europeo se han centrado fundamentalmente en la heroína y otros opiáceos, pues son sus consumidores quienes habitualmente demandaban ayuda en los diferentes centros de atención a las drogodependencias. Actualmente con el crecimiento de consumos y consumidores de estimulantes, cocaína sobre todo, y de drogas de diseño, sin olvidar las repercusiones de todo tipo por los consumos excesivos de bebidas alcohólicas, las intervenciones relacionadas con la reducción de daños y riesgos se van diversificando y creciendo en importancia. Hasta tal punto que la reducción de daños se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia y centrados en un modelo punitivo, sea por el paternalismo médico sea por la aplicación de la ley.

Las estrategias basadas en la sustitución tienen ya un siglo, encontrándose junto a las políticas basadas en medidas represivas y prohibicionistas. La heroína ya fue sintetizada en Suiza en 1898 y comercializada a principios del siglo pasado como analgésico y terapia sustitutiva para la morfinomanía. En Estados Unidos, se crearon hasta cuarenta y cuatro *Narcotic Clinics* entre 1911 y 1923 especializadas en desintoxicación y mantenimiento de opiáceos. En Gran Bretaña se instauró en 1926 el *Brytish System* pudiendo prescribirse todo tipo de drogas, incluidas la heroína y cocaína.

En los años sesenta reaparecen estas medidas y orientaciones. Hay quienes sitúan a Dole y Nyswander, investigadores del Instituto Rockefeller, como iniciadores de los programas de mantenimiento con metadona (PMM) con el objetivo de bloquear los efectos de los opiáceos, todo ello hace ya más de treinta años. Fueron los precursores de los programas terapéuticos de reducción de riesgos, aunque es una confusión muy extendida la asociación entre el uso clínico de la metadona y los programas de disminución de riesgos, ya que aunque si bien éstos forman parte de este tipo de programas no son los únicos de esta categoría.

No obstante, el concepto de *disminución de daños* no comenzó a utilizarse con cierta amplitud hasta finales de los años ochenta como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), y tras la

valoración de las políticas de épocas anteriores, con una oferta terapéutica limitada, viéndose que no sólo no había mejorado la cuestión de los consumos, los consumidores y las drogodependencias sino que exacerbaban el problema, sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria. A principios de los años ochenta, en las diferentes comunidades autónomas del estado español, y en otras áreas europeas, había dos fenómenos carenciales: la escasez de recursos asistenciales y la nula regulación de la metadona y otros opiáceos como recursos terapéuticos.

Ahora se trata, también, de incorporar la opinión de los usuarios que respondan a las necesidades de los afectados y no a prioridades de los profesionales, de los intereses de los políticos o de estética social. Se trata de disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red asistencial para drogodependencias y los dispositivos de salud, y mejorar la calidad de vida. En definitiva, lo que se pretende es dar prioridad a aquellos objetivos que permitan disminuir los efectos contraproducentes del uso de drogas. Si se desea consumir drogas que sea con la mayor seguridad posible. Se trata de ofrecer planteamientos más pragmáticos y menos sujetos a moralismos alejados de la realidad.

## **DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Las estrategias de reducción de daños y riesgos se pueden definir como un conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos o sociales) asociables al consumo de drogas, permitiendo no estigmatizar al usuario dependiente de drogas. Estas medidas y estrategias, que aceptan el consumo de drogas por los usuarios atendidos, tienden a diversificar la oferta asistencial, desarrollando nuevas modalidades terapéuticas o nuevos dispositivos de carácter psicosocial. Significa en el drogodependiente la aceptación de su plena capacidad para la toma de decisiones responsables sobre su salud.

Pero lo más significativo ha sido que algunos fenómenos han resultado claves en los cambios de orientación en las políticas tanto locales como nacionales: la disponibilidad de sustancias, la minimización de daños y la organización de los usuarios.

### **1. Prohibición o disponibilidad**

Mientras los sectores pro-reducción de daños, daños que con frecuencia se relacionan con las disposiciones jurídicas sobre las drogas, y se esfuerzan en una mayor responsabilidad y democracia, abogan por la cooperación y el consenso más que por la confrontación pero confiados y en dependencia de la ayuda gubernamental. Desde los sectores prohibicionistas se opera sobre imágenes, misticismo, maternalismo, obteniendo cuantiosos fondos amparándose en que no han progresado y con apoyo público basado en el miedo frente al sentido común de los "otros". Aunque en ámbitos de la reducción de riesgos sean mayoritarias las opciones no prohibicionistas, no es unánime el reconocimiento de la relación causal entre política prohibicionista y las consecuencias negativas derivadas del uso de drogas en ese marco institucional.

Se repite que políticas liberalizadoras del uso de drogas van a traer como resultado el aumento de consumo de drogas aunque no existe ninguna evidencia ni las experiencias parciales hasta ahora desarrolladas apuntan en esa línea. Es más, aunque aumentaran los consumos y consumidores, los costes económicos, sanitarios, legales y sociales, previsiblemente disminuirían ya que éstos son en gran medida consecuencia de la situación de ilegalidad. Es cierto que ninguna de las posibles políticas acerca de las drogas y las drogodependencias eliminará los consumos o los potenciales daños, pero sí parece que las opciones alternativas provocarían menores daños. Menores daños y menores costes como lo confirma la experiencia con tratamientos con opiáceos de prescripción posible hoy día.

## **2. Minimizar los daños**

La disminución de riesgos debe extenderse a la minimización de los daños asociados al consumo de drogas. Minimizar los daños sobre la salud es difícil cuando el uso de ciertas drogas es perseguido y sancionado. El control social está presente en todas las sociedades pero puede ser de formas muy diferentes, desde el control informal a la disuasión legal y penal. Rara vez se considera que si los usuarios utilizan drogas es porque obtienen algún beneficio, ya que es increíble que vayan a arriesgar su vida, deteriorar su salud y sus vínculos familiares y de amistad o arruinarse económicamente a cambio de nada. Habrá que admitir de una vez que alcanzan algunas de formas de placer, y no sólo la evitación del displacer producto de la carencia de la sustancia como repetidamente oímos.

## **3. Implicaciones de los Usuarios**

En cuanto hablamos de reducción de riesgos el papel del usuario de drogas toma especial relevancia como sujeto activo en su propio proceso, como agente de salud y como interventor comunitario. La organización de los consumidores de drogas es un arma clave para lograr el cambio en el imaginario social, derribar estereotipos y prejuicios sociales que lo único que consiguen es que se hable mucho de lo que son y lo que desean pero sin contar con este colectivo. Estas organizaciones son canalizadoras de necesidades no cubiertas, influenciadoras de grupos más marginales hasta los que es muy difícil llegar desde fuera, promotoras de acciones en defensa de los derechos humanos. Todo ello supone reconocer y aceptar al usuario de drogas como un ciudadano como los otros, un ser autónomo y libre, capaz de asumir responsabilidades respecto a su salud.

A lo largo de la década de los años 90, en lugares como EE.UU., Australia, Francia, Holanda, Suiza, y Bélgica, los consumidores se han agrupado con gran profusión de asociaciones, con múltiples manifestaciones de su activismo. Centradas principalmente en la prevención del VIH, no olvidando las cuestiones legales y sanitarias, los cambios en los hábitos de consumo, los riesgos y daños asociados, los derechos de los usuarios, etc. En el Estado español la creación de estas asociaciones se ha visto muy limitada, existiendo experiencias en Catalunya, donde se agrupan personas que anteriormente tuvieron problemas con sustancias ilegales o que se hallan en tratamiento en la actualidad, crean grupos de autoayuda, coordinan programas terapéuticos, par-

participan en dispositivos asistenciales, dinamizan estrategias de cooperación entre profesionales y usuarios de drogas con objetivos de salud, desarrollan actividades de interés social con la consiguiente mejora de su imagen pública evitando su discriminación, etc. Aun son pocos los grupos autónomos organizados, pero presumiblemente irán creciendo, de modo que las opiniones e intereses de los usuarios de drogas puedan ser conocidos por amplios sectores de la población.

Aunque el desarrollo de programas de reducción de daños, sobre todo programas de mantenimiento con agonistas opiáceos ha sido tardío, existiendo incluso hoy día importantes resistencias para su implantación en algunos lugares, puede hablarse de la consolidación de una importante red en la sanidad pública, reflejado en los incrementos de usuarios que acuden a los centros para ser atendidos.

Los programas de metadona, heroína, buprenorfina u otros opioides; centros de contacto y centros de acogida; programas de intercambio de jeringuillas; sociosanitarios o de sexo seguro, etc., son algunas modalidades de intervención de las estrategias de reducción de riesgos.

### **Jeringuillas**

Desde las farmacias, que reparten casi el 80%, y cuya participación creciente ha alcanzado el 85% de las mismas; desde los colectivos ciudadanos o desde los centros de salud para eliminar el móvil favorecedor de la propagación de infecciones.

La tasa de intercambio de jeringas en las zonas donde el programa es accesible se acerca al 80%. Casi dos millones y medio de jeringuillas y/o Kits sanitarios cada año en el conjunto de las Comunidades Autónomas. Estos datos podrían bastar para justificar programas con mayor grado de implantación, siendo necesario que aún se extiendan y generalicen para un mayor impacto de la acción preventiva.

### **Programas de sexo seguro**

El SIDA es enfermedad que se acompaña de un doble estigma: por asociarse a conductas desviantes (drogas, promiscuidad,...) y con grupos sexuales. La vía sexual es la segunda gran vía de transmisión en la población general: homo/bisexual (12,4%) y heterosexual no protegida (18%) según el Registro Nacional de Casos de SIDA en 1998 con especial relevancia en las mujeres, alcanzando el 35% de los casos nuevos. La prevención de enfermedades de transmisión sexual y Sida a través del uso correcto del preservativo, o los talleres de formación sobre hábitos sexuales seguros, permiten evitar la infección de los usuarios no infectados, reducir la diseminación de VIH, evitar infecciones en ya infectados o ayudar a sensibilizar a los afectados en su posible papel como agentes de prevención en su ámbito social.

### **Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)**

Los tratamientos con metadona, entre las llamadas estrategias de “reducción de daños”, han pasado de ser vistos como una amenaza y estar satanizados, en los años en que el objetivo era la abstinencia, a ser entendidos como la estrella de los recursos paliativos.

La gran ventaja de la rápida difusión de los PMM es su accesibilidad. En el País vasco, la mitad de los pacientes atendidos por su dependencia a opiáceos se haya en programas de metadona (Tabla 1), con índices similares a otros países de nuestro ámbito europeo. A finales del 2000 eran más de 75.000 personas las que habían iniciado tratamiento en el Estado español y unas 300.000 personas en la Unión Europea. Más de 500.000 toxicómanos están en PMM en el mundo tras demostrarse su eficacia en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Basada su efectividad en neutralizar el síndrome de abstinencia a opiáceos, suprimir el *craving* e inhibir la euforia que se persigue en el consumo de heroína legal.

Tabla 1. **Evolución de usuarios atendidos y en programas de metadona en la red pública en el País Vasco**

		Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	País Vasco
<b>1992</b>	<b>A</b>	642	2.598	971	<b>4.211</b>
	<b>M</b>	84	311	185	<b>580 (13,8%)</b>
<b>1993</b>	<b>A</b>	543	2.584	841	<b>3.968</b>
	<b>M</b>	104	310	205	<b>619 (15,6%)</b>
<b>1994</b>	<b>A</b>	606	2.443	824	<b>3.872</b>
	<b>M</b>	140	353	214	<b>707 (18,3%)</b>
<b>1995</b>	<b>A</b>	680	2.638	862	<b>3.947</b>
	<b>M</b>	200	462	250	<b>912 (23,1%)</b>
<b>1996</b>	<b>A</b>	777	2.777	879	<b>4.433</b>
	<b>M</b>	263	543	335	<b>1.141 (25,7%)</b>
<b>1997</b>	<b>A</b>	748	2.840	817	<b>4.406</b>
	<b>M</b>	253	858	433	<b>1.544 (35%)</b>
<b>1998</b>	<b>A</b>	705	2.958	897	<b>4.560</b>
	<b>M</b>	288	1.124	534	<b>1.946 (42,7%)</b>
<b>1999</b>	<b>A</b>	721	3.417	1.605	<b>5.743</b>
	<b>M</b>	331	1387	797	<b>2.515 (43,8%)</b>
<b>2000</b>	<b>A</b>	786	3.524	1.569	<b>5.879</b>
	<b>M</b>	380	1.723	810	<b>2.913 (49,5%)</b>

**A:** toxicómanos Atendidos; **M:** toxicómanos en P.M. Metadona

Los pacientes de PMM ofrecen tasas de seroconversión a VIH inferiores a quienes no están en tratamiento o están en otros programas de tratamiento; Disminuyen los episodios de sobredosis y conductas de riesgo (menor uso de la vía inyectable y menor compartición de material de inyección), con tasas de mortalidad muy inferiores a quienes no están en tratamiento; Tienen lugar menores consumos de heroína en quienes están en PMM que entre quienes están en otros tipos de tratamientos limitados a la abstinencia y mejores condiciones de consumo, con cambios en la vía de administración de los consumidores, lo cual está vinculado con la reducción de riesgo de contagio o de transmisión del VIH/Sida; En los períodos y fases de estabi-

lización se ha comprobado la reducción del consumo de otras sustancias como cocaína, benzodiacepinas, cannabis, o alcohol, lo cual resulta de gran interés en una población muy deteriorada por la politoxicomanía; Reducción importante de la delictividad con menores números de actos delictivos, menor número de detenciones y estancias en prisión; Actualmente el uso de metadona se ve garantizado por su seguridad en personas tolerantes a los opiáceos no habiéndose encontrado efectos adversos importantes ni toxicidad en estudios de seguimiento de diez a veinticinco años; La metadona, y también otros opiáceos, utilizados en un medio controlado sanitariamente son eficaces y, por tanto, útiles como fármacos de mantenimiento en mujeres embarazadas adictas a opiáceos. Además los costes por tratamiento con metadona son muy baratos, incluso cien veces menores a los costes sanitarios y sociales de muchos adictos fuera de tratamiento.

Para comprender la evolución de los tratamientos con metadona hay que tener en cuenta que se ha ido dando diferentes fases. En los orígenes de la utilización de la metadona, la legislación generada y los procesos asistenciales ofrecían una actitud prudente y de desconfianza, con unos profesionales del tema que focalizaban en la abstinencia el objetivo primordial para todos los dependientes a opiáceos. A través de la experiencia todo esto se iría modificando y el mantenimiento con metadona ha pasado a entenderse como opción legítima, en tratamientos a largo plazo, para pacientes crónicos y para quienes la abstinencia no era una opción realista.

Como ya indicara el comité de expertos en farmacología de la OMS en 1992, estos programas de mantenimiento con metadona son buen ejemplo de minimización del daño, siendo una de las estrategias más eficaces para prevenir el riesgo de contraer o transmitir la infección por el VIH.

Nuevas líneas de investigación no se harán esperar: los cambios en el estado orgánico de los pacientes, cambios en las conductas tanto adictivas como de riesgo, lo referente a la biodisponibilidad, las diferentes preparaciones galénicas a raíz de la presencia de los productos genéricos que hacen cambiar la farmacocinética, y sobre todo la combinación con las nuevas ofertas farmacológicas pueden significar cambios profundos en el abordaje de estas dependencias. Porque no sólo se trata de atraer a quienes se automedican sino a todos aquellos que han fracasado con los tratamientos disponibles y permanecen en la calle con sus consumos, al no haber obtenido resultados satisfactorios con los programas de sustitución con metadona por vía oral.

### **Programas con otros agonistas opiáceos**

Guiados por los principios de la buena práctica, la comunidad científica se muestra interesada en la investigación de la efectividad y seguridad de otros tratamientos con administración prolongada de opiáceos, cuestión no nueva, pues la experiencia adquirida en enfermos terminales, enfermos oncológicos, algias intensas, anestesia aguda,... es bien rica. Además se sabe que de un 20 a un 30% de los pacientes en tratamientos con metadona, incluso de máxima calidad (dosis terapéutica, apoyo psicoterapéutico, educación sanitaria,...) no son retenidos en los programas, saliendo de la red de atención a la salud y quedando desprotegidos.

Ciertamente que no existe un tratamiento para el 100% de los afectados en cualquier aspecto patológico, y en las drogodependencias no es diferente. Por ello confiamos que la reflexión y la investigación científica generen nuevos tratamientos como opción de tratamiento para los sectores de población que quedan marginados o para quienes no son válidos los actuales. Actualmente se utilizan agonistas con criterios determinados por sus características farmacológicas.

1. Heroína. Desde que se iniciara la experiencia inglesa –el *British System*– un tanto difícil de evaluar ha sido con ocasión de los primeros estudios suizos cuando el uso médico de la heroína ha tomado actualidad, tanto a nivel profesional como social. La legislación internacional se apoya en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y en el protocolo de modificación de Ginebra de 1972 de Naciones Unidas. El objetivo principal es la limitación de los estupefacientes para usos con fines médicos y científicos. A estos fines van orientados la producción, distribución, comercio y posesión de los opiáceos de los países adheridos y que en sus legislaciones nacionales aplican la Convención.

Últimamente en Bélgica, Australia, Nueva Zelanda, Canadá, EE.UU., Alemania, Francia y el Estado español (no olvidemos las iniciativas en Andalucía y Catalunya, y otros proyectos en otras autonomías) hay propuestas de desarrollo de programas de tratamientos con heroína.

2. La buprenorfina, agonista parcial opiáceo, se ha venido utilizando como sustitutivo opiáceo desde los años ochenta, siendo el caso más representativo el de Francia, donde se calcula que son veinticinco mil las personas que están siendo tratadas con buprenorfina a través de la consulta de medicina general. Los médicos de cabecera prescribían esta sustancia, sin indicación oficial, hasta que en 1992 el Ministro de Sanidad cambió la regulación no pudiéndose adquirir con una simple receta. El 31 de marzo de 1995 se introdujo en el mercado dosis elevadas de buprenorfina y cada médico puede desde entonces prescribirla por un periodo máximo de 28 días. El marco del uso de la buprenorfina es más flexible que el de la metadona. Una de las razones más importantes es que no puede provocar sobredosis, sin embargo la presentación sublingual es fácil que sea inyectada.
3. En Alemania la historia de los tratamientos de mantenimiento en adicciones es principalmente una historia de mantenimiento con codeína ya que la metadona no fue legal hasta finales de los 80 y aunque la metadona es considerada como un fármaco apropiado para los adictos a opiáceos, el porcentaje entre los usuarios de metadona y codeína es de 1:1, lo que supone unos treinta mil pacientes en cada grupo. Este tratamiento de mantenimiento con codeína fue desarrollado a través de la práctica personal de algunos psiquiatras y difundido de boca en boca más que a través de publicaciones científicas especializadas. No hay un registro fiable de los pacientes que reciben esta sustancia y las cifras varían en los diferentes artículos que se publican, ya que el tratamiento es muy sencillo y se basa en el acuerdo mutuo entre paciente y psiquiatra, el paciente la compra en la farmacia y la paga de su propio bolsillo, ya que es raro que algún seguro se haga cargo del pago.

Existen otras sustancias como la L-Metadona, la Morfina depot, las Dinorfinas o los inhibidores de las encefalinasas, productos utilizados en la clínica del dolor, que por el momento están siendo frenadas para uso en toxicomanías por problemas culturales o por los laboratorios farmacéuticos que los comercializan, ante el temor de presumibles rechazos en pacientes con dolor crónico. Sin embargo crecen las opiniones entre técnicos para su uso y por ello es posible que en pocos años veamos incrementada la oferta de recursos terapéuticos.

### **Programas sociosanitarios**

Se ofrece información sobre higiene, nutrición, abuso de alcohol, dependencia de benzodiazepinas, intercambio de jeringuillas, asesoría sanitaria o jurídica, etc. Asociables con otros programas de salud donde desde una perspectiva epidemiológica y comportamental se pretende el abordaje precoz de las enfermedades infecciosas o el conocimiento de hábitos saludables o favorecer cambios conductuales de los “grupos diana”, de poblaciones con prácticas de riesgo y también de la población general, para aumentar su calidad de vida. Formación y apoyo, información adecuada y actitudes positivas para los usuarios de drogas y para su entorno social. La aceptación y normalización del consumo de sustancias, de su uso menos problemático y de la existencia de conductas de riesgo; la normalización de la información sobre las sustancias psicotropas, y la participación e implicación de la comunidad y los usuarios en los programas de educación, información y prevención son parámetros de la educación para un mejor uso de drogas.

En algunos lugares, existen los centros de encuentro y acogida, lo que algunos llaman centros de “calor y café”, son espacios de descanso y encuentro asociables a los programas sociosanitarios. Dirigidos a los sectores más marginales, funcionan por la tarde y noche, y atienden a las carencias inmediatas: limpieza de la ropa, ducha, comida y bebida caliente, descanso, etc. Ofrecen información sanitaria, orientación de recursos sociales, asesoría jurídica o laboral, cura de afecciones menores o derivación sanitaria, y en ocasiones suministran preservativos o material de inyección. En otros lugares, en Madrid o en Bilbao, Asturias, Murcia, Palma de Mallorca, Barcelona, ... Alemania, Austria, Suiza y Holanda, salas de inyección segura, las “narcosalas” como se denominan en algunos ambientes, con condiciones higiénicas y bajo control sanitario, con posibilidades de análisis cualitativos y voluntarios de la calidad de las sustancias, con la pretensión de reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro, prevenir riesgos de contagio de VIH o de sobredosis, con mecanismos para afrontar situaciones de emergencia sanitaria y supervisión por personal sanitario. Reduce la conflictividad social sin olvidar que son recursos y estrategias que a largo plazo pueden tender a la descriminalización y normalización del uso de drogas.

### **ALGUNAS ORIENTACIONES**

Acercarse a los usuarios y a los escenarios donde se consumen estas sustancias puede permitir ofrecer iniciativas de educación e información para un mejor uso de drogas psicoactivas.

La accesibilidad y la disponibilidad, el poder minimizar los daños y la implicación de los usuarios de sustancias son elementos primordiales en las políticas de reducción de riesgos, siendo consecuentes en sus objetivos y medidas a aplicar en la intervención con personas drogodependientes o simplemente usuarias.

- Los programas de reducción de riesgos pueden verse complementados en ocasiones con programas libres de drogas. No han de entenderse como antagónicos, sino como estrategias de intervención que pueden coexistir en beneficio de las opciones terapéuticas del drogodependiente.
- Si uno de los factores de riesgo mayores es el compartir agujas y jeringuillas, será importante disponer de material de inyección estéril educando y facilitando que puedan deshacerse de modo responsable del material usado.
- El incremento de programas de disminución de daños y riesgos y los apreciables resultados favorables exigen evaluar estrategias, programas, medidas y resultados.
- Aunque reconocida su dificultad, es importante la organización de los usuarios, apoyando y potenciando la existencia de grupos de autoayuda, manteniendo la autonomía y complementariedad de los grupos de iguales, con el apoyo solidario de los profesionales y el soporte administrativo de las instituciones.
- Los profesionales que intervienen en la atención a las drogodependencias junto a las instituciones públicas, sobre todo las de carácter sanitario y social, así como las organizaciones no gubernamentales, y las de usuarios si las hubiera, debieran animar esfuerzos para favorecer la transmisión a la opinión pública y también a los medios de comunicación que las dependencias a los opiáceos requieren la normalización de tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos, integrándolos como una opción terapéutica útil y eficaz.
- Sabido que los programas de disminución del daño y riesgo son efectivos, quizá sea oportuna su generalización. No necesariamente anulando anteriores programas y recursos aunque sí adaptándose a las necesidades reales de las poblaciones afectadas y considerando sus demandas. No se trata de que los programas compitan entre sí frente a los usuarios sino que sean complementarios para beneficio del usuario y de su entorno. Las políticas a nivel internacional y local, las orientaciones de los profesionales, los gestores y los políticos y también los intereses sociales y los de los usuarios son elementos que aún requieren del debate, del consenso, la cooperación y del sentido común si aspiramos a un mayor bienestar general.

Los programas de reducción de riesgos y daños, concebidos originariamente frente a problemas concretos de usuarios de drogas y de su entorno social, pueden llegar a entenderse como un proceso emergente hacia la normalización de sustancias psicoactivas que pueden ser utilizadas libremente por amplios sectores de población. Eliminadas las connotaciones moralistas que aún acompañan a las intervenciones con las personas drogodependientes, el concepto de reducción de daños y riesgos irá integrándose en la cultura social.

En este umbral del siglo XXI, de revolución tecnológica y de globalización, es necesario caminar hacia nuevas formas de solidaridad, superando discriminaciones y agravios comparativos entre colectivos humanos, rechazando los disfuncionamientos del sistema. Defensa de los derechos frente a los procesos de mercantilización.

No tendría sentido de utilidad realizar una profunda crítica a las políticas de intervención sobre la cuestión de las drogas en décadas pasadas por más que tuvieron lugar a nivel mundial actuando sobre los efectos, sin pretender llegar a las causas de los problemas. Por eso no debemos confundir lo práctico con lo fácilmente alcanzable.

Si la salud pública y el respeto a los derechos humanos han de ser prioridades de cualquier política sobre las drogas, tendremos que aprender a respetar la libre decisión de consumo como opción vital para muchas personas. Y también en atención a la justicia y beneficencia deberán exigirse medidas para la reducción de posibles daños asociados.

Ante la cuestión de las drogas que atraviesa a las diferentes generaciones, clases sociales, género y ocupaciones, hoy como ayer y mañana, es el momento de debatir entre quienes desean reflexionar, con sus inseguridades y certezas. Donde el anti-prohibicionismo, la solidaridad, la integración y el conocimiento ajustado a la realidad son de urgente necesidad para que la situación actual cambie hacia rumbos más gratificantes, también normalizando el uso de sustancias.

## BIBLIOGRAFÍA

- BURKHART, G. (2001): Políticas europeas. Posibilidades y límites. IIº Congreso Virtual de Psiquiatría, *Interpsiquis 2001*. psiquiatría.com.
- DAVIS, S. (1992): "Ley Internacional ¿la solución final?". En O'Hare, P.A.; Newcombe, R. et al. *La reducción de daños relacionados con las drogas*. Grup Igia Edit. Barcelona, 1995.
- DE ANDRES, M.; MAGRÍ, N.; BORRAS, T. (1996): *Programas de Reducción de Riesgos*. Grup IGIA. Barcelona. Mimeo.
- DES JARLAIS, DC.; FRIEDMAN, SR.; WARD, TP. (1993): Harm Reduction: A public health reponse to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annu.Rev intravenous drug users: epidemiology and risk reduction. AIDS*, 1: 67-76. *Publ.Health*, 14: 413-450.
- MARKEZ, I. (1998): La ONU y el control de las drogas. *Página Abierta* 87: 1-8 (dossier)
- MARKEZ, I. y PÓO, M. (2001, 2ªedic): *Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos*. Edita: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz.
- MARKEZ, I.; IRAURGI, I.; PÓO, M.; ORDIERES, E. y otros (2000): *Los programas de mantenimiento con metadona*. Edita Consejo de Colegios de Farmacéuticos del País Vasco. Bilbao.
- MARLATT, GA. (1998): *Reducción del daño: Principios y estrategias básicas*. Presentado en V Encuentro Nac. Sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz). Marzo, 1998.
- MINO, A.(1993): *Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la réduction de risques*. Geneve.

- MORAN, A. (2001): *Globalización económica. Precariedad, exclusión. ¿Adolescentes peligrosos o adolescentes en peligro?* VI Jornadas Municipales de Drogodependencias. Mayo, 2001. Bilbao.
- O'HARE, P.A.; NEWCOMBE, R.; MATTHEWS, A.; BUNING, E.C.; DRUCKER, E. (1992): *The reduction of drug-related harm*. London, Routledge. Versión castellana: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Edita Grup Igia. Barcelona, 1995.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1998): *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Edita: Mº de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

