

---

# ORIGINALES Y REVISIONES

## Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento

I. MÁRKEZ ALONSO\*, M. PÓO RUIZ\*\*

\*Médico Psiquiatra. C. Salud Mental de Bermeo-Gernika. Bizcaia

\*\*Psicóloga Clínica. Master en Drogodependencias. EKIMEN. Asesoría, investigación y tratamientos sobre sustancias y Salud Mental

### Resumen

*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<sup>1</sup>. Los llamados programas de reducción de riesgos son, y han sido, el marco de los 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. 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. La abstinencia es fácil de evaluar y también los programas orientados al no consumo y los datos no se prestan al optimismo.*

**Palabras clave:** Opiáceos. Disminución de riesgos. Programas de mantenimiento. Programas de sustitución de opiáceos.

### Summary

**New intervention models: risk-reduction and maintenance programs.** *After almost a century of international policies focused on repression and prohibition of certain drugs, the time has come to promote a more human approach, with a social orientation and which is, above all, more effective. The so-called risk-reduction programs are and have been the framework for*

*various approaches and plans of action which have sought in recent decades to provide a response to the different problems which may be associated with the forms of use of certain drugs, the concomitant pathologies and risk behaviours. Damage-limitation has become the alternative to approaches based on abstinence and centered on a penalising model, whether due to medical paternalism or to the application of the law. Abstinence is easy to evaluate, as are programs with a non-consumption focus. The data are not a cause for optimism.*

**Key words:** Opiates. Risk-reduction. Maintenance programs. Opiate-substitution programs.

### Résumé

**Nouveaux modèles d'intervention: diminution de risques et programmes de maintenance.** *Après près d'un siècle de politiques internationales centrées sur la répression et sur l'interdiction de certaines drogues, c'est le moment de promouvoir un rapprochement plus humain, orienté socialement et surtout plus efficace. Les dénommés programmes de réduction de risques sont, et ont été, le cadre des différentes perspectives et des différents programmes d'intervention qui ont prétendu au cours de ces dernières décennies donner une réponse aux différents problématiques associables aux modes d'usage de certaines drogues, aux pathologies concomitantes et aux conduites de risque. La réduction de dommages s'est transformée en l'alternative aux perspectives basées sur l'abstinence et centrées sur un modèle punitif, soit à travers le paternalisme médical soit par l'application de la loi. L'abstinence est facile*

*à évaluer ainsi que les programmes orientés à la non-consommation et les données ne se prêtent pas à l'optimisme.*

**Mots clés:** *Opiacées. Diminution de risques. Programmes de maintenance. Programmes de remplacement d'opiacées.*

## Riassunto

**Nuovi modelli di intervento: diminuzione di rischi e programmi di manutenzione.** *Dopo quasi un secolo di politiche internazionali, centrate sulla repressione e sulla proibizione di certe droghe, è il momento di promuovere un'approvazione più umana orientata socialmente e soprattutto più efficiente. I così chiamati programmi di riduzione di rischi sono e sono stati la cornice delle varie pianificazioni e programmi di riduzione che in questi ultimi decenni hanno preteso di dare una risposta alle varie problematiche associabili alle forme di uso di certe droghe, alle patologie concomitanti ed alle condotte di rischio. La riduzione di danni si è convertita nell'alternativa alle soluzioni basate sull'astinenza e centrate su un modello punitivo tanto per il paternalismo medico come per l'applicazione della legge. L'astinenza è facile da valutare ed anche i programmi orientati al non consumo ed i dati non si prestano all'ottimismo.*

**Parole chiave:** *Oppiacei. Diminuzione di rischi. Programmi di mantenimento. Programmi di sostituzione di oppiacei.*

## Introducción a las políticas de disminución de riesgos

El concepto de disminución de daños y riesgos no ha comenzado a utilizarse con cierta amplitud hasta finales de 1980. Aparece este concepto más como una respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), se valoran las políticas de épocas anteriores viendo que no solo no habían mejorado la cuestión de los consumos, los consumidores y las drogodependencias sino que exacerbaban el problema<sup>1</sup> sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria.

Se trataba y se trata con los programas de reducción de riesgos de disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red asistencial para las 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 trataba de ofrecer planteamientos más pragmáticos y menos sujetos a moralismos alejados de la realidad.

Pero no olvidemos que los objetivos de los programas de reducción de riesgos pueden ser jerárquicos, pudiendo plantearse la reducción de los posibles efectos perjudiciales de forma diversa. Newcombe<sup>1</sup> cita un ejemplo bien gráfico del Consejo Consultivo sobre el Abuso de Drogas británico como estrategia para reducir la transmisión de la infección por VIH en adictos de drogas por vía parenteral (ADVP): no compartir el instrumental de inyección; cambiar de vía endovenosa a oral; reducir los consumos; la abstinencia. La jerarquía está presente y, en medio, puede haber diversas medidas: limpiar el equipo de inyección si se va a compartir; reducir el número de personas con quienes se comparte; cambiar de drogas ilegales a legales prescritas.

## Tendencias y experiencia de los programas de reducción de riesgos

Tanto Dole y Nyswander<sup>2</sup> con sus 107 pacientes de la experiencia piloto, como Gearing y Schweitzer<sup>3</sup> evaluando los 17.500 pacientes del PMM, Simpson<sup>4</sup> con 44.000 admisiones en tratamiento o Hubbard<sup>5</sup> con 11.000 pacientes, fueron concluyentes en lo que se refiere a las bondades de los PMM: reducción de la criminalidad, reducción del consumo de drogas, reducción de la mortalidad, aumento de la inserción laboral, aumento de la retención en centros asistenciales, etc. La recomendación era clara y contundente: desarrollar con amplitud los PMM.

Los tratamientos con metadona hoy día son asequibles al menos en treinta y cinco países, participando más de 400.000 pacientes. Pero la variabilidad de unos países a otros es grande. Desde el muy alto nivel umbral de exigencia de Noruega (paciente mayor de 30 años, usuario de opiáceos más de 10 años, haber participado en algún programa libre de drogas, control con dos o tres análisis de orina por semana, etc.), hasta la relativa tolerancia en Holanda o Nueva Zelanda, sin olvidar que por ejemplo, en Arabia Saudí, es ilegal la importación de metadona y su uso puede significar la decapitación

del paciente. Hoy día, EE.UU. cuenta con más de 750 programas ambulatorios en 40 Estados, tratando diariamente más de 115.000 pacientes<sup>6</sup>.

En 1995, Goldstein describió que tanto en Gran Bretaña como en EE.UU. el 2% de la población eran heroínómanos. Si añadimos la estimación de que sólo del 5 al 10% de la población dependiente se plantea o accede a un programa de atención orientado a la abstinencia<sup>1</sup>, es fácil concluir la necesidad de reflexionar sobre cómo trabajar con ese 95%, elevado número de personas afectadas.

En la mayoría de los países europeos y en esta década, los PMM y también otros programas de reducción de riesgos han experimentado un gran desarrollo, inimaginable en décadas anteriores. No siempre ha sido la evaluación de programas anteriores o la reflexión de las bases neuropsicobiológicas, y sí en muchas ocasiones ha sido la expansión del SIDA, la justificación de estos tratamientos en heroínómanos que tras desintoxicaciones y adecuados planes de seguimiento recaen sistemáticamente. En los primeros años de los PMM, el temor a la pandemia de SIDA y que estos Programas fueran gestionados por quienes defendían los Programas Libres de Drogas y la abstinencia como única opción duradera, han desvirtuado los objetivos iniciales para convertirse en meros dispensadores de una sustancia.

Una acción, aunque tenga potencial real de ejercitar una función de disminución de riesgos, requiere de otras características<sup>7</sup>. Los países que han incorporado amplios Programas de Disminución de Riesgos han debido desarrollar importantes cambios en la transformación de los servicios de atención, incorporando profesionales y redes sociales amplias, y también priorizando la adaptación de las relaciones (de simétricas a complementarias) con los usuarios de drogas.

## Situación en el Estado Español

En la década de los 60 aún no existía “problema” de drogas diferentes al alcohol en España, de ahí que la atención sociosanitaria se realizara desde los servicios sanitarios de atención a alcohólicos ligados a la psiquiatría, siendo los precursores de la posterior intervención social.

En 1967, España ratifica el Convenio Único de Viena (1961), instrumento criminalizador de los usuarios de drogas, y se crea la Brigada Especial de Investigación de Estupefacientes de la Policía, aunque de hecho no funcionará hasta dos años más tarde. La Guardia Civil crea su grupo especializado en 1973. En los siguientes años, desde el Ministerio del Interior -o de Gobernación- surgen otros grupos, y todos ellos man-

tendrán relaciones de formación y colaboración con instituciones análogas de EE.UU.

A principios de los 80 se constituye una Secretaría en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales con representación de otros Ministerios (Interior, Sanidad, Educación), siendo esta Comisión Interministerial el embrión del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) creado en 1985 para ordenar la importante expansión asistencial de las iniciativas locales y regionales, privadas y públicas del lustro anterior. Tras el rápido ascenso de consumos y consumidores de heroína en la segunda mitad de la década de los años 70 fue necesario generar recursos para una pronta respuesta asistencial. La prescripción y dispensación de metadona se pretende regular en 1983 con una Orden Ministerial. Según esta Orden, todo adicto a opiáceos podía ser tratado por un médico si tenía “carnet de extradosis” y estaba en un plan de deshabitación progresiva. Este carnet era obtenible a través de los Colegios de Médicos y orientado inicialmente hacia pacientes oncológicos y/o terminales. La metadona se dispensaba en las farmacias a casi 5.000 pacientes, previa presentación del carnet y la receta. Pasó a ser pronto un medio de pequeños tráficos, abusos de metadona y prescripciones de dudosa indicación, denunciado ampliamente desde los medios de comunicación en diferentes Comunidades Autónomas.

Hasta 1985 no se dan los primeros pasos reguladores, primero con una Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo y después con una Resolución de la Dirección General de Salud Pública. Se establece que sólo estaban autorizados a conservar, prescribir, formular, dispensar y administrar metadona a adictos a opiáceos aquellos centros sanitarios expresamente autorizados. De este modo, aunque la oferta de PMM era pública, en la práctica los usuarios en tratamiento quedaron reducidos a 1.500, de los cuales unos 500 lo fueron en Asturias. Se crean las “comisiones de metadona” en las diferentes CC.AA., se limita en 40 mg la dosis máxima, se definen los criterios de selección que no tenían nada que ver con la concepción de reducción de riesgos: 1) mayor de 18 años, 2) dependencia mínima de tres años, 3) complicaciones orgánicas que lo aconsejaran, 4) ausencia de politoxicomanía, 5) se excluyen los pacientes psiquiátricos, 6) haber realizado al menos dos tratamientos libres de drogas.

En estos años se elabora el Plan Nacional sobre Drogas y se generan diferentes leyes de ámbito autonómico como la Ley de drogodependencias 20/85 de Catalunya o la Ley Vasca 15/88 sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de Drogodependencias, pioneras y ejemplo para otras leyes en las diferentes Comunidades Autónomas.

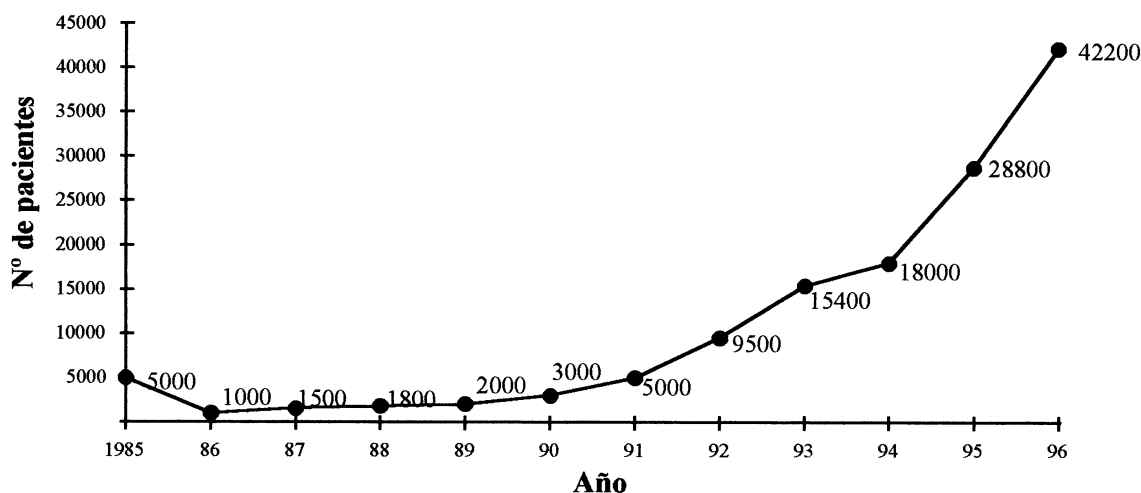


Fig. 1. Evolución del número de pacientes en tratamiento con metadona en España: período 1985-1996.

Los usuarios que pudieron beneficiarse de estos tratamientos fueron muy limitados hasta 1990. Es en este año, tras un mayor aprendizaje del uso de los opiáceos en los tratamientos, la valoración de los escasos resultados de los programas libres de drogas, así como la enorme alarma generada por la infección por el VIH, cuando se publica el Real Decreto 75/1990, que regularía los PMM, ofreciendo un marco conceptual y jurídico para los tratamientos con metadona. Desde este año, tanto la legislación como las intervenciones sanitarias van flexibilizándose.

No es casual que en el II Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) celebrado en Vitoria-Gasteiz a finales de 1989, no se expusiera ponencia ni comunicación alguna sobre metadona u otros agonistas opiáceos. Pero a finales de 1993 ya había 15.000 usuarios en tratamiento con metadona, cifra que ascendería notablemente en años posteriores (Figs.1 y 2) mientras que los usuarios atendidos en Unidades de Desintoxicación Hospitalarias y en Comunidades Terapéuticas permanecían estabilizados.

El Real Decreto de 5/1996 significa una nueva adaptación haciendo más accesibles este tipo de tratamientos, con la posibilidad de prescripción por profesionales privados y dispensación en oficinas de farmacia, aunque también hay que señalar que, en muchas ocasiones, la nueva incorporación de recursos de disminución de riesgos a la anterior oferta única basada en la abstinencia no ha supuesto transformación alguna del modelo asistencial.

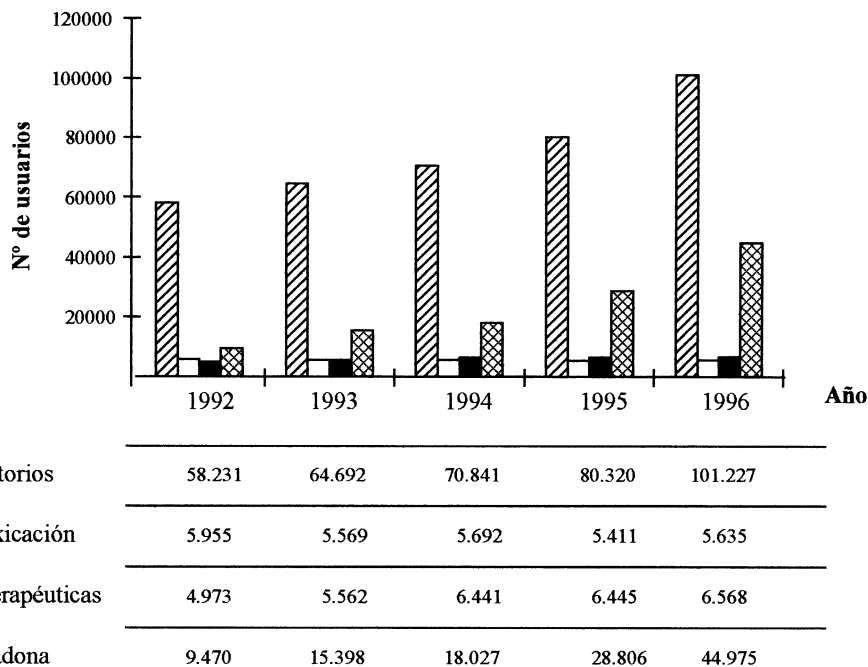
De Andrés y Rodés<sup>8</sup> apuntan que la aplicación práctica del concepto de riesgos se adopta con un retraso de diez años respecto a otros países europeos y ello cuan-

do los datos epidemiológicos señalan a España con los mayores índices de seroprevalencia al VIH de Europa en la población de usuarios de drogas por vía parenteral, fluctuando entre el 40% y el 80% según tipo de centros donde se recogían las muestras (hospitales, centros penitenciarios, centros ambulatorios) o según áreas geográficas.

Las principales razones de la puesta en funcionamiento de los programas de disminución de riesgos en nuestro entorno son:

- El aumento de enfermedades infectocontagiosas transmisibles por vía endovenosa o vía sexual, el hecho de que la marginalidad y conductas asociadas al consumo de drogas ilegales sea un factor de riesgo de tuberculosis, la elevada incidencia de casos de SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas (UDI) y en sus parejas, ocupando las tasas más altas de Europa en estos últimos años, veintidós veces mayores que en los Países Bajos<sup>9</sup>.
- La constatación de que los afectados con deterioro no acuden a los centros de atención asistencial o social por su rechazo institucional.
- La existencia de un elevado colectivo que carece de recurso eficaz y a lo largo de los años va de un centro a otro persiguiendo el beneficio paliativo a su situación.

Reconocida esta realidad y vistos los débiles resultados tras una década de actuación con importante inversión en recursos humanos y materiales, se reflexiona en algunos sectores profesionales sobre nuevas perspectivas para la atención de las drogodependencias. Así aparecen los programas de reducción de daños y riesgos<sup>10</sup>



**Fig. 2.** Evolución del número de usuarios atendidos en centros ambulatorios, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas y centros de metadona. España, 1992-1996.  
 Fuente: DGPNSD. Elaborados a partir de los datos facilitados por los Planes Autonómicos sobre Drogas.

que se plasmarán en políticas de actuación que sobre el papel forman parte de una estrategia global de salud pública y con unos servicios y una atención más pragmáticos que han ido desarrollándose con importante amplitud (Tabla I). Precisamente, coincidiendo con estos cambios en la atención, se inicia una importante reducción de la incidencia del SIDA, con un descenso del 25% en usuarios de drogas inyectadas y en comportamientos homo y bisexuales respecto a los datos de 1996, según información facilitada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

### Análisis de diferentes estrategias y modalidades de intervención

Las estrategias de reducción de 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. Estas medidas y estrategias tienden a diversificar la oferta asistencial, desarrollando nuevas modalidades terapéuticas o nuevos dispositivos de carácter psicosocial. Los programas de metadona, heroína, buprenorfina o LAAM, programas de contacto y centros de acogida,

programas de intercambio de jeringuillas o de sexo seguro, etc., son algunas modalidades de intervención de las estrategias de reducción de riesgos.

### Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)

Los datos epidemiológicos de nuestro medio indican que la principal vía de infección del VIH es el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas, no habiendo sido suficientes los cambios habidos en el uso de otras vías y formas de administración<sup>11</sup>. En nuestro medio más del 60% de los casos de SIDA tienen por causa las prácticas de riesgo asociadas al uso intravenoso de drogas ilegales. Estos usuarios son el principal reservorio y fuente de transmisión del VIH hacia recién nacidos y hacia la población heterosexual. Y el hábito de compartir jeringuillas está muy extendido entre los UDIs, hasta un 70-80%<sup>12,13</sup>. Por ello, promocionar el intercambio de jeringuillas es un programa prototipo de reducción de riesgos asociados al uso de drogas.

Tras no pocas dificultades acontecidas en las diferentes ciudades europeas para obtener jeringuillas en farmacias por quienes fueran sospechosos de toxicomanía<sup>14</sup>, estos programas fueron iniciados en Amsterdam en 1984 desde una asociación de usuarios, la "Junky

**Tabla I**  
**Recursos específicos para la atención de las drogodependencias**

Recurso	1986	1989	1991	1993	1996
Centro Metadona	9	46	113	147	717
Comunidad Terapéutica	41	61	79	91	89
Unidad Desintoxicación Hospitalaria	10	45	50	47	48
Centro Ambulatorio	100	165	393	411	476

Union”, teniendo pronta extensión en Dinamarca, Alemania y Reino Unido. En España el inicio de estos programas fue tardío, y no recibieron mayor extensión hasta fechas recientes, en 1995, salvo la honrosa excepción de las farmacias del País Vasco, que en 1989 iniciaron la venta del *kit* AntiSIDA dentro del programa de prevención de infecciones por VIH en toxicómanos. También es cierto que en la actualidad estos programas son los de mayor implantación, habiéndose entregado en 1996 al menos 2.215.000 jeringuillas y *kits* (PNsD,1996).

La mejor medida para evitar el riesgo sería alcanzar la abstinencia, pero dado que muchos ni pueden ni lo desean, lo mejor será fomentar el uso de instrumental de inyección nuevo y propio, evitar compartirlo y evitar su desecho sin control. Es decir, facilitar instrumental de inyección estéril a los usuarios de drogas por venopunción, potenciar el contacto con recursos de salud y fomentar conductas saludables son sus objetivos. Desde las farmacias<sup>15</sup>, desde los colectivos ciudadanos<sup>16</sup> o desde los centros de salud para eliminar el móvil favorecedor de la propagación de infecciones.

Diferentes estudios nos han situado sobre su eficacia en tanto que disminuyen la prevalencia de diferentes enfermedades infecciosas asociadas a las formas de uso de sustancias ilícitas, pero también favoreciendo hábitos más saludables y demostrando no ser inductores de mayores consumos<sup>9</sup>, con menor frecuencia de inyección y menor cantidad de drogas<sup>17</sup>.

Se puede calcular que entorno al 10% de las jeringuillas utilizadas tienen anticuerpos antiVIH. Si realizamos una sencilla extrapolación, el Programa de Intercambio de la Comisión AntiSIDA de Bizkaia, que distribuye de 60 a 70.000 jeringuillas/año con medias de 90 a 100 contactos diarios<sup>18</sup>, habrá apartado casi 7.000 jeringas y agujas infectadas. La tasa de intercambio de jeringas en las zonas donde el programa es accesible se acerca al 80%<sup>16</sup>. Estos datos podrían bastar para justificar estos programas pero, conocida la actual limitación, es necesario que aún se extiendan y generalicen para un mayor impacto de la acción preventiva. Si pudieran completarse con elementos cognitivos que favorezcan los cambios conductuales, sería mejor aún.

En ocasiones estos programas se complementan con talleres e información de venopunción higiénica ofreciendo conocimientos que ayudan a evitar riesgos.

### 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 (18,8%), según el Registro Nacional de Casos de SIDA en 1997.

Es conocido que las tendencias hacia las conductas preventivas en otros campos se ven desvanecidas en las relaciones sexuales íntimas<sup>19,20,21</sup> y que los UDVP pueden ser un importante factor de diseminación hacia la población general a través de las prácticas sexuales<sup>22</sup>.

En un trabajo con mujeres ADVP ingresadas en la Unidad de Desintoxicación del Hospital de Vitoria durante dos años, menos de la cuarta parte utilizaban preservativos en sus relaciones sexuales<sup>23</sup>, justificándolo la mayoría en tener una relación monogámica, asociando este tipo de relación con menor utilización de preservativos<sup>24</sup>. La mitad de los usuarios participantes en el programa de metadona en farmacias reconocían no utilizar el preservativo antes de acceder a dicho programa<sup>13</sup>.

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 del VIH.
- Evitar infecciones en ya infectados.
- Ayudar a sensibilizar a los afectados en su posible papel como agentes de prevención en su ámbito social.

### Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)

Más de 400.000 toxicómanos, en el mundo, están adscritos a un PMM 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 ilegal<sup>25</sup>.

Estos programas son los más utilizados e investigados con magníficos resultados en los niveles de retención frente a otras modalidades de tratamiento<sup>26,27</sup>. La retención tras un año de funcionamiento del Programa de Metadona en Oficinas de Farmacia en Bizkaia era del 95,3%<sup>13</sup>; el Programa de Objetivos Intermedios de Bizkaia en 1996 presentó una retención del 84%<sup>28</sup>. En otro estudio en Barcelona la retención tras dos años en PMM era del 80% frente al 6% de los Programas Libres de Drogas<sup>25</sup>, o del 67% tras cuatro años en Asturias<sup>29</sup>. No olvidemos que, como dijera Cooper<sup>30</sup>, la duración del tratamiento es un predictor importante de buen pronóstico, y un PMM es eficaz si la tasa de retención es al menos de un 65% de los pacientes transcurridos dos años de tratamiento<sup>31</sup>.

- Los pacientes de PMM ofrecen tasas de seroconversión a VIH inferiores a quienes no están en tratamiento<sup>32</sup> o están en otros programas de tratamiento<sup>27</sup>.
- Disminuyen los episodios de sobredosis y de 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<sup>33</sup>.
- Aparecen menores consumos de heroína en quienes están en PMM que entre quienes están en otros tipos de tratamientos limitados a la abstinencia<sup>26,29,34</sup> y mejores condiciones de consumo.
- Reducción importante de la delincuencia<sup>13,35,36</sup> con menor número 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 opioides, no habiéndose encontrado efectos adversos importantes ni toxicidad en estudios de seguimiento de diez a veinticinco años.

Aunque la dispensación con metadona es posible realizarla desde dispositivos muy variados (ambulatorios, hospitales, unidades móviles, etc.), los ritmos puestos en marcha son desiguales y dejan mucho que desear, casi siempre motivados por las viejas resistencias de los Programas Libres de Drogas. Las normas de prescripción son muy desiguales de unos lugares a otros, y también de unos a otros países, considerado incluso en alguna ocasión como “otra droga” y, por tanto, perseguible, no entendiéndose como un buen recurso farmacológico terapéutico. La extensión a otros servicios específicos de dispensación es lenta, pero deberá progresar una vez confirmada la efectividad de estos programas si se ofrecen las dosis suficientes y se aborda la comorbilidad asociada. A pesar de la progresiva buena

prensa de la metadona, y sus diferentes programas, aún quedan aspectos no resueltos: desvío de una parte de la metadona al mercado ilícito, incremento en el consumo de otras sustancias como benzodicepinas, alcohol o cocaína<sup>37</sup>, persistencia de consumos endovenosos, intoxicaciones accidentales, etc.

### Programas con agonistas opiáceos

1) El LAAM (Levo-Alfa-Acetil-Metadol), recientemente aprobado por la Comisión de Bruselas, fue sintetizado en 1948<sup>38</sup>, desarrollado en los años 40 y 50 por químicos alemanes buscando de nuevo un analgésico sustituto de la morfina y pretendiendo mejorar las desventajas de la heroína, la morfina y la metadona. Hasta julio de 1993 no fue aprobado en EE.UU. por la Food and Drug Administration (FDA) considerándolo fármaco seguro y eficaz para tratamiento de mantenimiento con opiáceos.

El LAMM es un fármaco que se administra en solución oral en el contexto de un programa de tratamiento integral. Es similar a la metadona en su efecto supresor del síndrome de abstinencia a opiáceos, aunque no requiere dosis diarias sino cada dos o tres días por su acción prolongada. Ya en 1972, el grupo de Jaffe observó que este fármaco era igual o superior a la metadona en cuanto a tasas de retención, situación laboral, actividades ilegales, asistencia al centro de tratamiento o los cambios de dosis.

A pesar de ser uno de los tratamientos más estudiados frente a la dependencia de opiáceos en esta última década, han sido escasos los trabajos de investigación que provienen de los países donde más se está utilizando: EE.UU. y Portugal. Recientemente ha sido aprobado por la Comisión de Bruselas para su posible uso terapéutico con mayor amplitud en la Unión Europea, y en diferentes CC.AA. del Estado español se habla de una inmediata utilización de estos programas de tratamiento.

Una de las más importantes ventajas de esta sustancia es el menor número de dosis semanales respecto a la metadona (diaria) necesarias para un mantenimiento eficaz, la dispensación se puede reducir a una dosis tres veces por semana, lo que beneficia notablemente a los usuarios que debido a distancia, tipo de vida o trabajo la toma diaria de metadona se les hacía difícil de sobrellevar. El LAAM debido a su patrón farmacológico parece tener un efecto más suave y estable, lo que se traduce en una menor sensación de sedación y euforia para el paciente; también es ventajoso el menor riesgo de intoxicación por sobredosis accidental en pacientes sin tolerancia a los opiáceos. El LAAM es poco eficaz por vía endovenosa, ya que sus efectos son lentos, lo

que supone una escasa demanda en el mercado ilegal. Todo lo expuesto anteriormente nos muestra como esta sustancia supone un menor gasto del recurso al requerir menos personal, incluso menor conflictividad social con la comunidad, carencia de estigmas y temores que acompañan a otros opioides y además supone una alternativa para los sujetos que han fracasado en tratamiento con metadona.

La desventaja de esta sustancia es que las concentraciones plasmáticas correctas sólo se alcanzan a las dos o tres semanas, lo que puede provocar la utilización de drogas ilegales ante la sensación del usuario de ineficacia con el riesgo de abandono del programa.

Curiosamente, a pesar de las ventajas aducidas, su uso terapéutico es lento. Quizá por la escasa información de los pacientes, el cierto rechazo de los profesionales hacia el LAAM, el coste económico del producto y la imposibilidad de tomas domiciliarias<sup>39,40</sup>.

2) En el mundo, unos diez estados, incluido el español, están autorizados por la Comisión de Estupefacientes de la ONU para producir opio y morfina. En 1994 sólo tres países habían utilizado más de 1 kg de heroína: Holanda, 10 kg; Suiza, 117 kg e Inglaterra, 340 kg.

Últimamente en Bélgica, Australia, Nueva Zelanda y España hay propuestas de desarrollo de programas de tratamientos con heroína. En Andalucía, en concreto en Algeciras y en Granada, y tras diseñar el programa desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, serán 150 los pacientes en tratamiento medicalizado con heroína. Todo ello a pesar de las resistencias e intentos de freno desde el Plan Nacional sobre Drogas “porque hay que esperar a la evaluación de la ONU”, dicen. Sin embargo, la OMS ha dado su conformidad a las evaluaciones de las diferentes experiencias de estos últimos años en Inglaterra y Suiza, señalando sus excelentes resultados. En este mismo año han comenzado ya otras iniciativas de tratamientos con heroína en Nueva Zelanda y Holanda, donde se prevé la atención a más de 1.000 toxicómanos tras un año de funcionamiento.

Los programas con heroína, como se señala desde el Grup Igia<sup>7</sup>, son uno de los recursos que mayor atención han tenido entre los programas de reducción de riesgos. Su distribución controlada desde la red de atención sociosanitaria presenta las ventajas inmediatas de otros programas (vinculación con la red asistencial, disminución de problemas sanitarios, reducción de conflictividad social y delincuencia,...) y tiene también beneficios a medio y largo plazo al alejar su consumo de la exclusión (reduce la delincuencia colectiva vinculada a los mercados ilegales, estabiliza o reduce el número de consumidores al no necesitar traficar con drogas). Un dato relevante apreciable en los sujetos que se encuen-

tran en estos programas pilotos es que incluso las dosis de heroína disminuyen a lo largo de su estancia en el programa debido quizás a la desaparición del “ansia de encontrar” la sustancia.

La normalización para quienes acceden a estos programas, con pautas de consumo que permiten, de nuevo, considerar medicamentos a estas sustancias y, por tanto, ser prescritas con valoración del riesgo-beneficio, transforman la imagen social y cultural del producto mismo.

Existen algunos estudios multicéntricos de mantenimiento con heroína. Los resultados, aunque no definitivos, nos muestran como los pacientes mejoran su estado de salud considerablemente y, sobre todo, recuperan su derecho a existir dignamente en una sociedad de donde se habían excluido. También parece claro que la gente dedicada a la atención al toxicómano puede utilizar la palabra “heroína”, cuando se dirige a sus colegas, en un contexto menos pasional, más racional y creativo, que hace algunos años<sup>41</sup>.

3) La **buprenorfina**, agonista parcial opioide, se ha venido utilizando como sustitutivo opioide desde los años 80, siendo el caso más representativo el de Francia. Eran los médicos de cabecera los que prescribían esta sustancia, sin indicación oficial, hasta que en 1992, el Ministro de Sanidad cambió la regulación y no se podía adquirir con una simple receta. Es el 31 de marzo de 1995 cuando se introducen en el mercado dosis elevadas de buprenorfina y cada médico puede prescribirla por un período 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. Se calcula que en este país son 25.000 las personas que están siendo tratadas con buprenorfina<sup>42</sup> a través de las consultas de medicina general.

4) 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 30.000 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.

El sistema de "take-home" es muy flexible y las dosis se ajustan según las necesidades del paciente. Los estudios nos muestran que la codeína es una sustancia efectiva en los programas de mantenimiento y no hay evidencia científica para su prohibición: reducción del consumo de drogas, de la actividad delictiva, mejora del estado de salud y la integración social. Durante los últimos veinte años, el mantenimiento con codeína nunca se ha discutido hasta que en 1994 el Ministerio de Sanidad anunció la posibilidad de que este tipo de mantenimiento fuera ilegal.

Ahora la codeína es considerada un fármaco de segunda elección y sólo es prescrito dentro de programas más globales y de acuerdo con las leyes sobre narcóticos. En el futuro, el mantenimiento estará limitado a dos sustancias: la metadona y el polamidón (con codeína sólo como segunda elección), esto hará que los usuarios de codeína deban elegir entre estas dos sustancias; sin embargo, el hecho de ser adictos a opiáceos les permitía antes el uso de codeína y ahora para acceder a la metadona deberán cumplir otros requisitos como el embarazo, ser seropositivos o tener hepatitis.

### Programas sociosanitarios

Se ofrece información sobre higiene, nutrición, abuso de alcohol, dependencia de benzodiacepinas, 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. 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<sup>7</sup> son parámetros de la educación para un mejor uso de drogas. Aunque hasta hace poco se han centrado en los opiáceos y derivados, hay interés en que estos programas puedan ser dirigidos hacia usuarios de otras sustancias muy presentes en la actualidad: éxtasis, otras drogas de síntesis, alcohol, etc... asociadas a contextos lúdicos y relacionales, donde los riesgos no se perciben tan pre-

sentes y se carece de canales de información o de atención a los daños si fueran precisos.

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.

## Algunas propuestas para la intervención

1. Los centros de atención a las drogodependencias que nacieron apoyados en filosofías y servicios comunitarios se han desarrollado como modelo basado en la atención individualizada. De seguir así, el éxito estará limitado no sólo por la permanente falta de recursos sino también por nuestra incapacidad para llegar a las personas allí donde se consumen las drogas. Los cambios de conducta saludable exigen enfoques orientados a favorecer el cambio cultural y comunitario sobre los lugares de uso de sustancias con actuaciones sobre colectivos amplios y no sólo sobre la conducta individual.
2. Si las drogas que se consumen en la calle fueran más accesibles, más baratas y de mejor calidad, la probabilidad de inyectarse sería menor al utilizar más la vía fumada o la oral, con la consiguiente ventaja de disminuir el riesgo de infección de VIH y contener su propagación, lo que es un objetivo primordial.
3. Reconocimiento de los Programas de Mantenimiento con Opiáceos (PMO), incluso los de bajo perfil, como programas terapéuticos de reconocida eficacia y seguridad, desarrollando otros PMM, fomentando la accesibilidad e incorporando nuevas alternativas: LAAM, heroína, buprenorfina, etc.
4. 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.
5. Es difícil la atención al colectivo drogodependiente por sustancias ilegales precisamente por su ilegalidad, que empuja a la marginación y exclusión social dificultando el contacto. Éste ha de ser un aspecto fundamental a considerar y por ello hay que apoyar las políticas humanas, pragmáticas y efectivas en el necesario debate global sobre las drogas tal y como viene señalando la Asociación Internacional para la Reducción del Daño (IHRA).
6. Puesto que en ocasiones los pacientes, usuarios o participantes de programas de disminución de riesgos se desplazan de una región a otra, de una provincia a otra, de un país a otro, es necesario que los recursos asistenciales estén básicamente coordinados y con

documentos unificados que faciliten el acceso de quienes ya reciben algún tratamiento en su lugar de origen. Euro-Methwork ha propuesto a la Comisión Europea su papel de mediador, facilitando información, infraestructuras y puntos de asistencia en diferentes lugares de Europa con intervenciones basadas en los principios de la reducción de daños.

7. El incremento de programas de disminución de riesgos y los apreciables resultados favorables exigen evaluar estrategias, programas, medidas y resultados.

8. 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.

Sabido que los programas de disminución del 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 la comunidad. 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.

## Bibliografía

- O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. The reduction of drug-related harm. London: Routledge; 1992. Versión castellana: La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia; 1995.
- Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 1965;193:80-84.
- Gearing FR, Schweitzer MD. Epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *Am J Epidemiology* 1974;100:101-102.
- Simpson DD. National treatment system evaluation based on the drug abuse reporting program (DARP) follow up research. En: Tims FM, Ludford JP, eds. Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects. Washington: National Institute on Drug Abuse (Research monograph 51); 1984.
- Hubbard RL, Marsden ME et al. Drug abuse treatment: a national study of effectiveness. North Carolina: University of North Carolina Press; 1989.
- Parrino MW. State methadone treatment guidelines. Washington: U. S. Department of Health and Human Services; 1992. Versión española: Manual de tratamiento con metadona. Barcelona: Grup Igia; 1997.
- Igia Grup. Programas de reducción de riesgos. Barcelona: Mimeo; 1996
- De Andrés M, Rodes A. La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. *Jano* 1995; 1140: 97-104.
- Buning E. La estrategia de "reducción de daños" frente al Sida entre los usuarios de drogas en Holanda. *Adicciones* 1995;7:263-270.
- Lacoste JA. Reducción de daños y riesgos: una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones* 1995;7:299-31
- Lacoste JA, Valverde E, González JM et al. Cambio en los hábitos de administración de la heroína y la cocaína. *Adicciones* 1993;5:339-347.
- Insua P, Ubillos S, Romo Y. Programas de prevención de la transmisión del SIDA en consumidores de drogas por vía parenteral. En: Vega A, ed. Educación y Sida: problemática y respuestas. San Sebastian: Universidad del País Vasco: 1993:171-188.
- Póo M, Márkez I, Etxegoien R et al. Programa de mantenimiento con metadona en farmacias. Valoración tras un año de funcionamiento en Bizkaia. Bizkaia: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia;1997.
- Des Jarlais DC, Friedman SR, Ward TP. Harm reduction: a public health response to the aids epidemic among injecting drug users. *AIDS* 1993;1:6-76.
- Menoyo C. Programa de intercambio de jeringuillas en las farmacias. *Pub Of seiSIDA* 1993;4:178-179.
- Segador M. Programas de intercambio de jeringuillas dirigidos a UDIS. *Pub Of seiSIDA* 1995;6:230-232.
- Curran JW, Scheckel LW, Millstein RA.. HIV/AIDS Prevention Bulletin 1993; April 19.
- Segador M. Los programas de intercambio de jeringuillas, una respuesta imprescindible pero insuficiente ante el consumo intravenoso de drogas ilegales. En: Arana X, Márkez I. Los agentes sociales ante las drogas. Madrid: Dykinson; 1998.
- Pavia M, Indovino A, Nobile GA et al. Intravenous drug users and AIDS. *Eur J Public Health* 1997;7:199-204.
- Miret M, Rodes A, Valverde G et al. Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH en los adolescentes escolarizados en Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 1997;11:66-73.
- Singh BK, Koman JJ et al. Sexual risk behavior among injection group-using HIV positive clients. *Int J Addictions* 1993;28:735-747.
- Rhodes T, Donoghoe M, Hunter G et al. Sexual behavior of drug injectors in London: implications for HIV transmission and HIV prevention. *Addiction* 1994;89:1085-1096.
- Ballesteros J, Gutiérrez M, García E, Toribio O. Factores asociados a la no utilización de preservativos entre adictos a drogas por vía parenteral. *Adicciones* 1992;4:7-13
- Magura S, Shapiro JL, Siddiqi Q, Lipton DS. Variable influencing condom use among intravenous drug users. *Am J Public Health* 1990;80:82-84.
- Colom J. Los programas de reducción de riesgos. *Adicciones* 1997; 9:163-170.
- Rosenbach A, Hunot V. The introduction of a methadone prescribing programme to a drug free treatment service: implications for harm reduction. *Addiction* 1995;90:815-821.
- Caplehorn JR et al. Retention in methadone maintenance and heroin addict's risk of death. *Addiction* 1994;89:20-207.
- Martín-Zurimendi JA, Márkez I, Larrazábal LM, Araluze K, Aizpuru A. Programa de mantenimiento con metadona en la red de Bizkaia (País Vasco). *Desarrollo* 1991-1996. *Ítaca* 1997; 2: 53-82.
- Fernández Miranda JJ. Efectividad de un tratamiento de mantenimiento con metadona en Asturias. *Newsletter Euro-Methwork* 1997;11:9-10.
- Cooper JR Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA* 1989;262:1664-1668.

31. Kreek MJ. Using methadone effectively: achieving goals by application of laboratory, clinical and evaluation research and by development of innovative programs. En: Pickens RW, Leukefeld CG, Schuster CR, eds. Improving drug abuse treatment. Rockville: NIDA; 1991:245-266.
32. Metzger DS et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in and out-of-treatment: an 18 month prospective follow-up. Journal of AIDS 1993;6:1049-1056.
33. Grónbladh L et al. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. Acta Psychiatr Scand 1990;90:823-830.
34. Bell J et al. Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. Addiction 1995;90:823-830.
35. Barr C et al. El impacto de la metadona sobre el crimen en Glasgow. Newsletter-Methwork 1997;11:13-14.
36. Bell J, Hall W, Byth K. Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. Br J Addiction 1992;87:251-258.
37. Márkez I, Pinilla E, Aizpuru A. Control de drogas en orina: incidencia y utilidad en PMM. Adicciones 1998;10:131-137
38. May EL, Mosetting E. Some reactions of amidone. Org Chem 1948;13:459-464.
39. San L. El LAAM. Nueva alternativa en tratamientos de mantenimiento con sustitutivos. En: Meana J, Ballesteros J, Pantoja L, eds. Tratamientos sustitutivos en la dependencia a opiáceos: metadona, LAAM, heroína. Bilbao: I.D.D., Universidad de Deusto; 1996.
40. Swan N. States slow to approve LAAM. NIDA Notes 1994;9:12-13.
41. Giner F, Mino A. La experiencia de administración controlada de heroína en Ginebra, Suiza. En: Meana J, Ballesteros J, Pantoja L, eds. Tratamientos sustitutivos en la dependencia a opiáceos: metadona, LAAM, heroína. Bilbao: I.D.D., Universidad de Deusto; 1997
42. Lebeau B. Metadona en Francia: el cambio importante. Newsletter Euro-Methwork 1997;10:3-4.

Café, 1915.  
George Grosz.  
Hirshhorn Museum and Sculpture Garden.  
Smithsonian Institution, Washington.