

THE BECKLEY FOUNDATION



Programa sobre POLÍTICAS DE DROGAS

**REDUCCIÓN DE DAÑOS A LA SALUD
RELACIONADOS CON USO DE DROGAS:
UNA REVISIÓN GLOBAL**

Neil Hunt, Mike Trace, Dave Bewley-Taylor

INFORME nº CUATRO

Spanish Version

grup igia

E. Iundain

Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global

Neil Hunt, Mike Trace, Dave Bewley-Taylor

Este informe procede en parte de una revisión anterior de Hunt *et al.* (2003)

El Programa sobre Políticas de Drogas de The Beckley Foundation (BFDPP) es una nueva iniciativa dedicada a proporcionar revisiones rigurosas e independientes acerca de la eficacia de las políticas sobre drogas nacionales e internacionales. Es objetivo de este programa de investigación y análisis el reunir y difundir materiales que sostengan la consideración razonable de cuestiones complejas en políticas de drogas, y contribuyan a una gestión más eficiente del extendido uso de sustancias psicoactivas en el futuro.

INTRODUCCIÓN

Este es el cuarto informe en nuestra actual serie sobre el análisis de efectividad de las políticas en la reducción del uso de drogas y los problemas relacionados. En el primero articulamos la constatación de que el actual esquema de la política internacional no está alcanzando su objetivo de reducir significativamente la magnitud del mercado de drogas ilegales, y de que el número de usuarios de drogas aumenta en la mayoría de regiones del mundo. En nuestro segundo informe, sostuvimos que la vía para resolver los desacuerdos acerca de la dirección futura de esas políticas debería orientarse a través de una revisión objetiva de la efectividad de las actuales políticas y programas, y sugerimos que para ello se emplearan una metodología y enfoque amplios. Este informe propuso seis objetivos fundamentales para las políticas de drogas, cuyo cumplimiento se mediría con el tiempo para determinar si se había obtenido algún progreso.

Ahora hemos decidido abordar la base de evidencias globales respecto a la efectividad de políticas y actividades específicas, diseñadas para impactar sobre problemas relacionados con drogas. Iniciamos esta revisión en nuestro tercer informe, publicado en diciembre de 2004, que valoró el impacto de los esfuerzos por reducir la magnitud general de los mercados de drogas y del uso de drogas por medio de programas de reducción de la oferta y endurecimiento de las leyes. Habiendo hallado pocas evidencias de que tales enfoques puedan lograr reducciones significativas y mantenidas en el uso de drogas, con este informe empezamos a fijarnos en políticas y programas destinados a daños concretos relacionados con las drogas, comenzando por los esfuerzos para reducir los daños a la salud asociados con el uso de drogas: principalmente, las infecciones de transmisión sanguínea y las muertes por sobredosis.

Así pues, este informe intenta revisar las evidencias actuales sobre intentos de contrarrestar tales daños. Algunas de estas actividades –los programas de intercambio de jeringuillas, la accesibilidad de bajo umbral para usuarios de drogas a centros de tratamiento y servicios sanitarios generales– se han llegado a conocer colectivamente como ‘Reducción de Daños’. La característica que define a los programas de reducción de daños es su enfoque en la prevención del *daño* relacionado con drogas, más que la del *uso* de drogas en sí. Esto no pretende negar que, en teoría al menos, una reducción del uso conlleve una reducción del daño; refleja en cambio la idea de que, pese a sus buenas intenciones, las políticas centradas principalmente en la prevención del uso de drogas pocas veces han producido resultados tangibles y se han demostrado incapaces de reducir los daños que aquí nos ocupan. No obstante, como ha señalado el propio Antonio Costa,

Director Ejecutivo de la Oficina de Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen (UNODC), todas las actividades en políticas de drogas tienen como objetivo reducir los daños. La cuestión crucial es cuáles de tales actividades son efectivas en el logro de este objetivo. Precisamos comprender si los daños que nos ocupan se afrontan más eficientemente intentando reducir los niveles generales de uso de drogas, por medio de acciones que apunten a conductas dañinas concretas, o por medio de una mezcla de ambos enfoques.

DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS CON DROGAS

Al igual que el *efecto* de una droga se configura por su farmacología y la vía de administración, por la persona que la toma, y por el contexto tanto inmediato como general en el que se la consume –droga, disposición mental y entorno, como se suelen denominar (Zinberg 1984)–, estos mismos factores afectan directamente a los *riesgos y daños* del uso de drogas. En consecuencia, es importante iniciar una discusión sobre los daños subrayando el hecho de que el riesgo de sufrir daño no es simplemente propiedad intrínseca de cualquier sustancia, sino más bien producto de una constelación de factores. En parte es este punto de vista lo que ha capacitado a la perspectiva de reducción de daños para generar una gama creciente de respuestas que afrontan dichos diversos factores, y con ello la gama de intervenciones disponibles.

Aunque muchas formas de daños reciben amplio reconocimiento, las comparaciones internacionales no son sencillas dado que los daños a menudo se miden de formas diferentes, con notables variaciones y fallas en la calidad de la información. Incluso los EEUU, que invierten más en investigación que cualquier otro país, acerca de uno de los problemas más importantes –la infección por VIH– entre los usuarios de drogas inyectadas (UDIs), no generan datos nacionales de prevalencia que puedan ser comparados con los de otros países (Aceijas *et al.* 2004). Pese a los útiles progresos en la armonización de datos epidemiológicos sobre áreas como la UE, los datos sobre otros daños como las hepatitis, las infecciones bacterianas y las sobredosis son aún más difíciles de comparar.

Las infecciones por vía sanguínea y las sobredosis son claramente las causas más extensas y severas de mortalidad y morbilidad relacionada con el uso de drogas, y se discuten en detalle a continuación. No obstante, otras formas de daño relacionado con drogas a tener en cuenta serían: la *‘adicción’/dependencia* o el *uso problemático de drogas*; una amplia gama de *consecuencias sobre la salud*

física y mental, y accidentes entre los que se contarían los asociados a conducción bajo influencia de drogas.

VIH/SIDA

Aunque fueron muchos quienes intuitivamente aplicaban principios de *reducción de daños* años antes de que se acuñara el término¹, fue la crisis del VIH/Sida entre los inyectores de drogas lo que proporcionó un enfoque en torno al cual el rango de respuestas normalmente consideradas como *reducción de daños* pudieron reunirse y desarrollarse.

Aceijas *et al.* (2004) han aportado recientemente una revisión global sobre las epidemias vinculadas del uso inyectado de drogas y de la infección por VIH, estimando su prevalencia para 130 países. Su trabajo sugiere que existen 13,2 millones de inyectores de drogas en el mundo, y que “más de diez millones de ellos (78%) viven en países desarrollados o en vías de desarrollo (Europa del Este y Asia Central, 3,1 millones; Sur y Sureste asiáticos, 3,3 millones; Este de Asia y Pacífico, 2,3 millones). Se presentaron estimaciones de prevalencia de VIH para 78 países. Se informó de una prevalencia superior al 20% de VIH entre UDIs en al menos una ubicación para 25 países y territorios: Bielorrusia, Estonia, Kazajistán, Rusia, Ucrania, Italia, Holanda, Portugal, Serbia y Montenegro, España, Libia, India, Indonesia, Malasia, Birmania, Nepal, Tailandia, Vietnam, China, Argentina, Brasil, Uruguay, Puerto Rico, Estados Unidos y Canadá.” Estas epidemias se atribuyen sustancialmente al uso compartido de equipo de inyección (UNAIDS 2003:68), jugando también la transmisión sexual un papel relevante (Kral *et al.* 2001; Strathdee *et al.* 2001).

Más allá de las variaciones globales en la prevalencia del VIH/Sida entre UDIs, la epidemia se expande además a diferentes escalas. Más aún: las respuestas nacionales alineadas con los datos más atinados se desarrollan todavía de formas muy dispares. Aunque el VIH/Sida epidémico se ha eludido, o está en retroceso, en algunos países (p.ej.: Australia, Canadá, Alemania, España y Reino Unido), en muchas partes del mundo ha avanzado, casi inevitablemente, a medida que el uso inyectado de drogas se ha extendido por países e, incluso, regiones enteras. Un boletín previo de esta serie (Klein *et al.* 2004) describió la reciente pandemia de VIH en dos países de intervención prioritaria: Rusia y Ucrania. Entre los países en desarrollo donde el uso inyectado es destacable, se han señalado seis países (India, Birmania, Tailandia, Vietnam, Argentina y Brasil) que padecen epidemias ‘generalizadas’, con cifras duplicadas y registrando epidemias ‘concentradas’ en subpoblaciones específicas, según un sistema de clasificación de ONUSIDA/OMS. Existen también indicios de que en África, donde la epidemia se ha asociado durante largo tiempo a la infección por vía sexual, un país –Libia– podría hallarse en un estadio temprano de epidemia paralela, asociada a inyección (Aceijas *et al.* 2003).

Hepatitis

Aparte del VIH, se pueden transmitir muchas otras infecciones por medio del uso compartido de equipo de inyección. La hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC) son algunas de las más importantes, dada su extensa prevalencia y su impacto sobre la salud.

Globalmente, se calcula que unos 170 millones de personas tienen VHC, y en los países desarrollados cerca del 90% de infectados por VHC son o han sido inyectores de drogas (WHO 2000). Con pocas excepciones, los estudios sobre UDIs activos revelan que la prevalencia del VHC excede el 50%, y varios países revelan que casi todos los UDIs están infectados (p.ej., véase Jager *et al.* 2004:96).

La prevalencia de hepatitis B es generalmente inferior aunque, a diferencia del VHC, el VHB se transmite ampliamente por medio del contacto sexual. Las personas con VHB sufren también el riesgo de coinfección por hepatitis D, que no se puede adquirir independientemente. En general, la coinfección con diferentes virus, y la reinfección con diferentes cadenas o subtipos del mismo virus empeoran el pronóstico y los riesgos de la hepatitis crónica, la cirrosis y el cáncer hepático. Los brotes de hepatitis A –generalmente transmitida por vía fecal-oral, más que como infección por vía sanguínea– se están incrementando en algunas poblaciones de UDIs (Health Protection Agency 2004).

Hoy sabemos que el VHC, que se transmite mucho más extensamente por el uso compartido de jeringuillas que el VIH, ya era endémico en muchos países entre los UDIs con las más largas trayectorias de consumo inyectado, antes incluso de que se dispusiera de pruebas para detectarlo, o de que se implantaran servicios de reducción de daños. Aunque existan indicios de que los programas pueden aportar reducciones locales a corto plazo en su prevalencia, todavía no está claro que existan políticas que puedan producir reducciones eficientes y sostenidas. La infección por VHC continúa siguiendo el mismo patrón de diseminación en las últimas epidemias de uso inyectado de drogas. Hasta hoy no hay ejemplos de países que hayan iniciado intervenciones de reducción de daños previas a su diseminación entre grandes colectivos de UDIs y, actualmente, la importante cuestión de si tal enfoque podría prevenir efectivamente su diseminación sigue sin respuesta. Por contraste, la existencia de una inmunización efectiva para el VHB apunta a una intervención simple que puede prevenir ampliamente la diseminación de esta infección entre los UDIs en los países que elijan implantar programas de vacunación selectiva o dirigida al conjunto de la población.

Infecciones bacterianas locales y sistémicas

Además de los virus serotransmisibles como VIH, VHB y VHC, las infecciones bacterianas son también comunes entre los inyectores de drogas debido a las malas condiciones higiénicas o al uso de drogas biocontaminadas. En clínica se hallan con frecuencia infecciones que producen abscesos, celulitis, endocarditis y septicemia. Son numerosos los patógenos que pueden afectar a personas inyectoras: *Staphylococcus aureus*, del que destaca el MRSA (*S. aureus* meticilin-resistente); infecciones estreptocócicas; y las infecciones por clostridios como el botulismo, el tétanos y el *Chlostridium novyii*. Aun así, hasta hoy los sistemas nacionales para monitorizar infecciones bacterianas entre UDIs están en pañales allá donde siquiera existen.

Sobredosis

Entre adultos jóvenes, la ‘sobredosis’² asociada con opiáceos es una de las primeras causas de muerte prematura relacionada con

¹ Entre ellos Sir Humphrey Rolleston, cuyo informe de 1926 sobre la adicción a la morfina y la heroína indujo la introducción del ‘sistema británico’ de control de la heroína. Y, de forma más previsor, Jan Howard y Philip Borges, quienes investigaron el uso compartido de jeringuillas en relación con la diseminación de la hepatitis B entre inyectores de drogas de San Francisco hace más de 30 años (Howard & Borges 1971).

² En los últimos años se ha establecido con claridad que las sobredosis no ocurren siempre debido al consumo de heroína de pureza excepcional en condiciones de aislamiento. Frecuentemente, la ‘sobredosis’ de heroína se da con dosis que normalmente no serían letales, pero que llegan a serlo cuando se las potencia con otros depresores como alcohol o benzodiazepinas (Darke & Zador 1996).

uso de drogas. En los países industrializados, las tasas han ido generalmente creciendo en los años 80 y 90, y hasta inicios del siglo XXI. En 2000, los UDIs muertos por sobredosis en Europa quintuplicaron, y más, el número de muertos por Sida. Más aún, las muertes por sobredosis aportan una tasa de ‘años de vida perdidos’ desproporcionadamente alta, dado que van en gran aumento entre los adultos más jóvenes. Así, por ejemplo, se ha calculado que en 1997 las muertes relacionadas con drogas causaron un número de años de vida perdidos similar al de los accidentes de tráfico en Reino Unido, y contabilizaron el 5% de todos los años de vida perdidos masculinos (ACMD 2000: 56). Se calculó que en 1995, para varones entre 15 y 35 años, las sobredosis aportaron el 15% del conjunto de muertes en Munich y el 17% en Barcelona; y un tercio de las muertes masculinas en Glasgow se atribuyeron a sobredosis en 2003 (Hedrich & Vicente 2004).

La Organización Mundial de la Salud (WHO 1998a) ha llamado la atención sobre las notables limitaciones que padecen nuestras informaciones actuales; problemas que casi con toda seguridad son mayores en los países en vías de desarrollo, donde los sistemas de información sanitaria son más precarios y las ‘sobredosis’ pueden confundirse con las consecuencias de las enfermedades infecciosas y la malnutrición. En algunos países, los datos referidos a sobredosis se informan entre otros datos sobre intoxicaciones, muertes deliberadas y accidentales, y pueden ser difíciles de distinguir de otras causas de muerte.

Aunque generalmente aportan menos casos que los opiáceos, el uso de cocaína, éxtasis, metanfetaminas y otros estimulantes anfetamínicos pueden también precipitar emergencias amenazantes para la vida y, en ocasiones, fatales.

En la Unión Europea, las tasas de mortalidad se duplicaron, y más, entre 1985 y 2000. Cada año la cifra se sitúa entre 8.000-9.000 sobredosis fatales; número que se tiende a considerar una subestimación respecto de las tasas reales (EMCDDA 2004:12). En 1999, se atribuyeron 958 muertes en Australia a sobredosis por opiáceos, y se calculó que en Australia se producían entre 12.000 y 21.000 sobredosis no-fatales cada año (Ministerial Council on Drug Strategy 2001): una tasa que desde entonces ha disminuído notablemente (véase Boletín Beckley Foundation n° 4). Según datos nacionales de Canadá, en 1995 se atribuyeron 160 muertes a intoxicación por opiáceos, y otras 78 por cocaína (Single *et al.* 2000). En Estados Unidos, el número absoluto de ‘muertes inducidas por drogas’ ha aumentado de 19.102 en 1999 a 26.018 en 2002: un incremento en la tasa de mortalidad de 6,8 a 9,0 por 100.000 habitantes (CDC 2004:11)³. No obstante, comprobamos de nuevo que la vigilancia epidemiológica de EEUU desgraciadamente tiene limitada comparabilidad con otros países, ya que las muertes por opiáceos no se desagregan de los datos de intoxicación por fármacos recetados.

LAS INTERVENCIONES Y SU EFECTIVIDAD

Esta sección resume el trasfondo, las evidencias y la extensión en la implementación de intervenciones relacionadas con los principales daños hasta aquí identificados. En la práctica, éstas se hallan a menudo interconectadas (por ejemplo: los programas de intercambio de jeringuillas –PIJs– y las estrategias de

acercamiento); no obstante, para facilitar su discusión, las trataremos por separado bajo los siguientes títulos: programas de intercambio de jeringuillas; metadona y otras terapias de sustitución; prescripción de heroína; información, acercamiento y estimulación motivacional; intervenciones para reducir las sobredosis e intoxicaciones; y las salas de consumo de drogas.

Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJs)

Antecedentes

El papel del uso compartido de jeringuillas en la transmisión de infecciones virales por vía parenteral como la hepatitis B entre usuarios de drogas inyectadas (UDIs) se conoce al menos desde los años (Howard & Borges 1971). Sin embargo, fue la expansión del VIH/Sida entre poblaciones de inyectores de drogas en los 80 lo que lanzó la introducción de programas de intercambio de jeringuillas en diversos países industrializados de Europa, Oceanía, partes de Norteamérica (Gibson *et al.* 2001) y, más recientemente, en algunos países en vías de desarrollo (Ball *et al.* 1998; Bastos *et al.* 2000; Commonwealth Department of Health and Ageing 2002).

Las personas se inyectan por diversas razones, entre las que se hallan la intensidad añadida de la sensación inicial –la ‘subida’– y el modo en que la inyección maximiza la disponibilidad de la droga en el cerebro, lo que puede hacer que inyectarse sea más económico. Aunque compartir jeringuillas es la forma principal en que se transmiten las infecciones por vía sanguínea entre UDIs, el uso compartido de otros útiles de inyección –recipientes, filtros y agua para inyección– y las prácticas utilizadas para fraccionar las dosis de drogas –*backloading* y *frontloading* (formas de carga, trasera y frontal, de jeringuillas)– también incrementan el riesgo. El uso compartido puede también transmitir por vía sanguínea virus menos conocidos como HTLV-1 y HTLV-2, así como infecciones virales (p.ej., hepatitis A) y muchas infecciones bacterianas que normalmente se transmiten por otras vías (p.ej., el tétanos). Aunque pensemos en primer lugar en el VIH/Sida y las hepatitis, el uso compartido de jeringuillas sigue siendo una importante potencial vía de transmisión de nuevas infecciones, actualmente poco o nada conocidas, añadiendo riesgos incommensurables entre humanos; que pueden adquirirse de animales, como parece probable que hubiera ocurrido cuando una versión adaptada del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV) pasó de monos a humanos y generó el VIH.

Los PIJs funcionan principalmente permitiendo que los UDIs eviten compartir y, de este modo, prevengan la diseminación de enfermedades. Tales ayudas mantienen la salud de los UDIs y reducen los costes sociales relacionados. Ello implica también que quienes en algún momento dejen de inyectarse probablemente padecerán menos consecuencias residuales a largo plazo debidas a su uso de drogas, o menor riesgo de transmitir por vía sexual enfermedades adquiridas.

Las normativas legales y ejecutivas que limitan la disponibilidad de jeringuillas implican que quienes se inyectan compartirán equipo de inyección con mayor probabilidad. Incluso donde las jeringuillas están disponibles a la venta en farmacias u otros establecimientos, el precio y el deseo de anonimato pueden apartar a los UDIs de esta posibilidad. En consecuencia, los PIJs proporcionan jeringuillas gratis y accesibles para reducir la necesidad de compartirlas y reutilizarlas. Además fomentan la salud pública, general, retirando de circulación los equipos usados.

³ Incluye intoxicaciones por fármacos recetados médicamente. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) no desagregan las muertes por drogas prohibidas, de modo que no se puede discernir qué fracción de tales muertes está asociada a heroína o cocaína.

Los programas funcionan de diferentes maneras: servicios especializados conectados con centros de tratamiento, intercambios en farmacias, programas de acercamiento, o uso de máquinas expendedoras. Los servicios especializados cumplen con una serie de funciones añadidas de promoción de la salud y asistencia primaria de salud, y a menudo proporcionan acceso a otros centros de tratamiento que ayudan a que las personas afronten su uso problemático de drogas, por ejemplo ofreciendo pruebas de detección de VIH y hepatitis, vacunación contra el VHB, formación en la prevención y asistencia de sobredosis, y derivaciones a centros con tratamientos de mantenimiento, desintoxicación o counselling.

Coste-efectividad y eficacia clínica

Desde los años 80, se han hecho muchas investigaciones acerca del impacto de los PIJs sobre las conductas de riesgo y el estatus viral de las personas que los usan.

Una revisión sistemática por Gibson *et al.* (2001) se centró en la pregunta: “¿Son los programas de jeringuillas efectivos en reducir las conductas con riesgo de VIH, y la infección por VIH, entre inyectores de drogas?”. Entre 42 estudios, 28 hallaron efectos positivos, y otros 14 evidenciaron no-asociación o combinación de efectos tanto positivos como negativos. Concluyeron que esto aporta una evidencia muy potente sobre el impacto positivo de los PIJs sobre las conductas con riesgo para VIH y sobre la infección por VIH, y una buena justificación para implementar tales servicios.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud encargó una revisión de 200 estudios acerca de los PIJs, concluyendo que:

- *Existen sólidas evidencias según las cuales aumentar la disponibilidad y utilización por UDIs de equipo estéril de inyección reduce sustancialmente la infección por VIH.*
- *No existen evidencias convincentes sobre posibles grandes consecuencias negativas no deseadas.*
- *Los programas de jeringuillas son coste-eficientes.*
- *Los programas de jeringuillas conllevan otros beneficios adicionales y útiles, además de la reducción de la infección por VIH entre UDIs.*
- *El uso de lejía y otras formas de desinfección no están sustentados por evidencias aceptables respecto a su efectividad en la reducción de la infección por VIH.*
- *Las farmacias y las máquinas dispensadoras aumentan la disponibilidad y probablemente la utilización de equipos estériles de inyección por parte de los UDIs.*
- *La legislación contra los útiles para inyección es una barrera al control efectivo del VIH entre UDIs.*
- *Los programas de jeringuillas, por sí solos, no son suficientes para controlar la infección por VIH entre UDIs.*

WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. 2004a: 28-29

A la vista de una floreciente literatura internacional sobre ‘lo que funciona’, una función valiosa de los organismos internacionales consiste en destilar los mensajes más importantes para los planificadores de políticas. Recientemente, la OMS, ONUSIDA y la UNODC tomaron en consideración las implicaciones para las políticas y la planificación de la revisión de la OMS acerca de la provisión de equipos de inyección estériles y la transmisión del VIH, y extrajeron colectivamente las siguientes conclusiones:

Las comunidades o países que padecen o están amenazados por una epidemia de infección por VIH entre inyectores de drogas deberían adoptar urgentemente medidas para aumentar la disponibilidad y utilización de equipos estériles de inyección, y para eliminar equipos de inyección usados. Habrían de ofrecer educación en reducción de riesgos, derivación a tratamientos de drogodependencia y cuidado de abscesos, promover el uso de condones, la detección del VIH y el counselling, y proporcionar cuidados, tratamiento y soporte para personas con VIH/Sida, y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Si es necesario, se debería revisar y corregir la legislación relacionada con la drogodependencia y los útiles para consumo de drogas, a fin de permitir y promover la implementación de programas de jeringuillas.

Se deberían implantar programas en magnitud lo bastante grande como para frenar y revertir la epidemia de VIH/Sida entre inyectores de drogas. Se han de considerar programas piloto al permitir la introducción de tales programas, y probar mecanismos de provisión diferentes en diferentes contextos. No obstante, las experiencias internacionales en diversos países y regiones es tan convincente que ya no existe justificación para tales programas a pequeña escala. Los programas pilotos podrían retrasar aún más una fase muy necesaria de expansión y dar lugar a una cobertura inadecuada. Sin embargo, las modalidades concretas de programas de jeringuillas, así como las opciones de prestación de servicios, se han de adaptar a las circunstancias locales específicas.

Los programas orientados a proporcionar equipos estériles de inyección deberían diseñarse específicamente para abordar las necesidades de subpoblaciones de inyectores de drogas, como por ejemplo mujeres, presos/as, trabajadores/as del sexo, y minorías étnicas. Los internos de centros penitenciarios padecen un riesgo especialmente alto de infección por VIH, dado que a menudo siguen inyectándose drogas mientras están presos.

Existen sólo evidencias limitadas que apoyen la efectividad de estrategias para la desinfección y la biodescontaminación. Sólo se deberían plantear como medidas temporales cuando no sea factible implementar programas para la provisión de equipos estériles de inyección.

WHO, UNAIDS, UNODC (2004a) Policy Brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission.

Prisiones

En comparación con la población general, los presos registran niveles mucho más altos de uso de drogas e inyección, y su exposición a riesgo puede verse enormemente aumentada. Los programas de distribución y promoción del uso de lejía son un modo en que las personas han intentado reducir tales riesgos (Dolan *et al.* 1999). Sin embargo, en los últimos años se han ido desarrollando PIJs en prisiones europeas, con 46 programas de este tipo identificados en 2003 (Stöver & Nelles 2003). Algunas evaluaciones han documentado reducciones en las tasas de uso compartido, ningún nuevo contagio de VIH, VHB o VHC, y ninguna consecuencia adversa accidental (Dolan *et al.* 2003).

Según una revisión reciente de evidencias sobre los PIJs en prisiones, OMS, ONUSIDA y UNODC (2004b) conclúan:

Las evidencias muestran que tales programas deberían incluir todas las medidas contra la transmisión del VIH que se desarrollan en la comunidad, fuera de las prisiones, incluyendo la educación sobre VIH/Sida, la detección y el counselling con aporte de voluntariado, la distribución de jeringuillas limpias y condones, y tratamiento de la drogodependencia, incluido el tratamiento de sustitución. Todas estas intervenciones se han demostrado efectivas en la reducción del riesgo de transmisión del VIH en prisiones. También se ha demostrado que no conllevan consecuencia negativa alguna.

En una revisión escrita con especial referencia a Europa del Este y la Federación Rusa, la OMS sugiere que es mejor que los programas sean introducidos experimentalmente y evaluados durante su implantación inicial (WHO 2001: 60-61). De forma única, España ha adoptado una estrategia nacional, como parte de su rápido relanzamiento de las intervenciones de reducción de daños, y decretado que todas sus prisiones deberían proporcionar intercambios de jeringuillas; será importante revisar los resultados de esta operación.

Los PIJs como puntos de acceso rápido al tratamiento

Aunque la prevención del VIH era el objetivo original de los PIJs, y se la pueda considerar su principal resultado, los PIJs también aportan una importante ruta hacia el tratamiento estructurado para personas que de otro modo se considerarían ‘inalcanzables’. Este acceso agilizado al tratamiento puede reducir el más amplio espectro de los riesgos que conlleva el uso inyectado. Entre los estudios que han examinado la entrada en tratamiento, es evidente que los PIJs realmente cumplen con este rol (Normand *et al.* 1995; Heimer *et al.* 1996); un estudio británico halló que hasta un 40% sobre 722 usuarios participaron en derivaciones a servicios externos (Carvell *et al.* 1990). Otra investigación en Puerto Rico también ha enfatizado el peso de estas estrategias en lo tocante a derivación (Robles *et al.* 1998).

¿Qué impacto tienen los PIJs sobre la hepatitis C?

La mayor parte de las evaluaciones se han centrado en el VIH. Sin embargo, el VHC es mucho más prevalente que el VIH entre los UDIs. Las evidencias sobre los impactos beneficiosos de los PIJs sobre el VHC han surgido más lentamente dado que, para el tiempo en que se introdujeron los PIJs, el VHC ya era virtualmente endémico entre los inyectores de drogas, y se transmite con mayor facilidad. Así, más que en evitar una epidemia, en la mayoría de poblaciones la tarea ha consistido en revertirla. Inicialmente, parecía incierto que los PIJs pudieran tener algún impacto sobre la prevalencia del VHC, puesto que las evidencias sugerían que las medidas adecuadas para evitar el VIH no son necesariamente suficientes para la hepatitis C. No obstante, hoy disponemos de algunos indicios de que, partiendo de un nivel general alto, los PIJs pueden estar produciendo impacto; incluso aunque la tasa de incidencia de VHC y los niveles de viremia se mantienen inaceptablemente altos (Smyth *et al.* 1999; Taylor *et al.* 2000; Commonwealth Dept of Health and Ageing 2002; Parsons *et al.* 2002). Existen también algunas evidencias limitadas acerca de que los PIJs pueden aportar oportunidades para prevenir que las personas se inicien en la inyección (Hunt *et al.* 1998).

Una de las conclusiones clave a partir de una revisión más a fondo de los PIJs, con referencia especial al VHC, es que los servicios necesitarían ser mucho más proactivos de lo que ha sido necesario para el VIH si se espera que sean efectivos en la prevención del VHC (Ashton 2004). En los últimos años, también se ha reconocido de forma creciente la importancia de alcanzar **coberturas** adecuadas: es decir, provisiones de PIJ que permitan a las personas usar una jeringuilla para cada inyección. Esto puede ser especialmente importante para una prevención efectiva del VHC. Parsons *et al.* (2002) identificaron el contraste entre una cobertura relativamente baja de PIJ y una mayor prevalencia de VHC en Escocia, con una correspondencia en Inglaterra entre mayor cobertura y menor prevalencia de VHC. Wiessing *et al.* (2001) han identificado sustanciales variaciones en cobertura de PIJ en Europa Occidental, con estimaciones que varían entre los

0,4 puntos de distribución por 100.000 UDIs (Bélgica) y los 12 a 22 puntos de distribución por 100.000 UDIs en España.

Finalmente, en cuanto al coste-efectividad, diversos estudios han usado una gama de metodologías diferentes para cuantificar los costes y la efectividad por coste de los PIJs (Gold *et al.* 1997; Lurie & Drucker 1997; Holtgrave *et al.* 1998; Laufner 2001). En todos los casos se demostró que los PIJs son coste-efectivos. Una revisión nacional independiente en Nueva Zelanda calculó que cada dólar neozelandés gastado en PIJs ahorra otros veinte en costes de tratamiento a lo largo del ciclo vital (The Centre for Harm Reduction 2002). Otra estimación más conservadora, procedente de un estudio australiano, sugiere que la inversión en PIJs ahorra más de dos mil millones de dólares australianos sólo en costes directos de tratamientos de VIH y VHC, cifra que no incluye beneficios adicionales en ‘años de vida ajustados por calidad’ para las personas que eluden la infección. Los investigadores concluyen que “los PIJs son efectivos en reducir la incidencia de ambas enfermedades y representan una inversión financiera efectiva para el gobierno” (Commonwealth Dept of Health and Ageing 2002).

Adopción e implementación

La historia muestra que, en los países donde hay uso inyectado, la adopción temprana de PIJs puede evitar la diseminación epidémica del VIH/Sida (Stimson 1996). En 1999, Strathdee y Vlahov (2001) identificaron 134 países, regiones o territorios en que se documenta uso inyectado, de los que 114 (84%) informaban de VIH entre UDIs. Usando la medida altamente conservadora de considerar los países que han introducido al menos un PIJ, señalan que sólo el 40% de países en que hay uso inyectado habían introducido algún PIJ; y tal era el caso para sólo un tercio de los países en que se había informado de VIH entre UDIs. La proporción de países que alcanzan cobertura de PIJs accesibles para toda la población candidata sería sustancialmente menor.

Como se ha señalado, en su más reciente revisión global sobre uso inyectado y VIH en 130 países, Aceijas *et al.* (2004) estiman que existen unos 13,2 millones de inyectores de drogas (UDIs) en el mundo, y que más de diez millones (78%) viven en países en vías de desarrollo. Con la obvia excepción de los EEUU, donde una normativa del Congreso prohíbe el uso de fondos federales para PIJs, su provisión es relativamente buena en muchos países industrializados, bien que con variaciones considerables en cobertura (Wiessing *et al.* 2001). Sin embargo, pese a desarrollos importantes en su provisión en países como India, Brasil, Rusia, China y Vietnam, en la mayoría de países en vías de desarrollo los PIJs son más la excepción que la norma (Strathdee & Bastos 2003; Hammett *et al.* 2003). Sin embargo, Brasil aporta el impresionante ejemplo de un país que ha introducido una extendida provisión de jeringuillas pese a registrar altos niveles de pobreza (Transnational Institute 2004: 20-21).

Sumario

Existe evidencia sustancial de que los PIJs son efectivos para prevenir el VIH y reducir conductas de riesgo que puedan transmitir este y otros virus sanguíneos como los de las hepatitis B y C. Los PIJs son una intervención coste-efectiva para la prevención del VIH. Su posible capacidad para producir resultados en otros aspectos –especialmente, reduciendo las muertes por sobredosis y previniendo la hepatitis C– no está tan validada y reclama atención urgente. Se dan algunas oportunidades evidentes para mejorar las prácticas actuales, tanto en intensidad de servicio como en cobertura.

Metadona y otras terapias de sustitución

Antecedentes

La metadona es la terapia de sustitución de opioides más ampliamente usada e investigada⁴ (Hall *et al.* 1998:1-2). Hall *et al.* describen la terapia de sustitución para opiáceos como una forma de tratamiento que:

...implica la administración de un fármaco opioide de acción prolongada a la persona dependiente a opiáceos, normalmente por una vía no parenteral, con el propósito terapéutico de prevenir o reducir sustancialmente la inyección de opiáceos ilegales como la heroína. Su meta consiste en mejorar el estado de salud y el bienestar psicológico y social de la persona dependiente a opiáceos.

Dole y Nyswander fueron pioneros en el uso de la metadona (1965, 1967) al constatar que previene los síntomas de abstinencia, no produce la característica ‘subida’ eufórica de la heroína, tiene una acción prolongada (entre 24-36 horas) y, por tanto, requiere sólo una administración diaria. Estas características permiten a los dependientes a opiáceos participar en programas de rehabilitación. Su efecto benéfico, tanto sobre el uso de heroína como sobre la criminalidad indujo su rápida adopción en EEUU y otros países, que se ha visto estimulada por los indicios sobre su potencial importancia como ingrediente en las respuestas globales ante el VIH/Sida entre inyectores de drogas.

Se pueden resumir los objetivos del tratamiento de sustitución en:

- Ayudar al paciente a mantenerse sano hasta que, con la asistencia sanitaria y el soporte adecuados, puedan alcanzar una vida libre de drogas ilegales;
- Reducir el uso de drogas ilegales o no prescritas;
- Afrontar problemas asociados al abuso de drogas;
- Reducir los peligros asociados al abuso de drogas, especialmente los riesgos de muerte por sobredosis, de VIH y hepatitis B y C, y otras infecciones transmitidas por sangre, por uso inyectado y uso compartido de útiles para inyección;
- Reducir la duración de los episodios de abuso de drogas;
- Reducir posibilidades de recaída futura en el abuso de drogas;
- Reducir la necesidad de delinquir para financiarse el abuso de drogas;
- Estabilizar al paciente, cuando sea adecuado, mediante un fármaco sustitutivo que alivie los síntomas de abstinencia;
- Mejorar la participación en otros cuidados sanitarios; y
- Mejorar en general el funcionamiento personal, social y familiar.

De manera creciente, las evidencias también sustentan el uso de mantenimiento con un agonista/antagonista opiáceo mixto: la buprenorfina. En ocasiones se utilizan otros tratamientos como el opioide de acción prolongada LAAM, la dihidrocodeína, la tintura de opio y diversas formulaciones de la morfina, de liberación retardada. De manera adicional, se ha emprendido ocasionalmente la prescripción de anfetaminas para consumidores de estimulantes. Sin embargo, a excepción de la buprenorfina, las evidencias para todos estos otros tratamientos son a día de hoy débiles y, en el caso del LAAM, existen dudas fundadas sobre posibles efectos colaterales cardiogénicos.

Coste-efectividad y eficacia clínica

La metadona se ha utilizado durante cerca de cuarenta años, y se ha investigado extensamente su eficacia. Se han examinado sistemáticamente las evidencias para evaluar las conclusiones a que se puede llegar razonablemente por medio de varias revisiones, que incluyen dos textos académicos de referencia (Ball & Ross 1991; Ward *et al.* 1998), dos informes de organismos autorizados (Gerstein & Harwood 1990; ACMD 1993), y dos revisiones publicadas en revistas *peer-reviewed* (Farrell *et al.* 1994; Marsch 1998). Todas ellas concluyen que el tratamiento con metadona es beneficioso y efectivo. Varían el énfasis y enfoque de cada una de ellas, y en los últimos estudios se amplía para incluir el enfoque en la prevención del VIH. El mantenimiento con metadona se revela un tratamiento efectivo para reducir el uso de heroína, la delincuencia y las conductas de riesgo para el VIH.

Más allá de las mencionadas revisiones, una revisión Cochrane⁵ (Mattick *et al.* 2003a) valoró el mantenimiento con metadona, confirmando que este tratamiento es una intervención efectiva para la gestión de la dependencia a heroína, que la metadona es superior a las alternativas libres de drogas (tratamientos con placebo, oferta de tratamiento libre de drogas, desintoxicación, o control en listas de espera) en la retención en tratamiento de pacientes, y que reduce el uso de heroína. Los autores concluyen que “se debería apoyar el mantenimiento con metadona como tratamiento para la dependencia a heroína”.

Se han examinado varios factores específicos por su efecto sobre los resultados, que merecen también considerarse:

- La dosis⁶ se asocia consistentemente con la retención y el uso de opiáceos ilegales, siendo la dosis baja predictiva de abandono del tratamiento;
- Por contraste, los programas que estimulan la cesación de metadona se muestran ineficientes; y
- La cantidad y calidad de servicios de soporte afecta al resultado del tratamiento, de modo que los servicios con mayor soporte y mejor calidad refuerzan sus resultados, disminuyendo en cambio con muy alta intensidad los índices de recaída.

Esto sugiere que se han de tomar precauciones al contemplar cualquier divergencia respecto del programa original de Dole y Nyswander (1967), basado en una dosis media relativamente alta y bien equipado de servicios psicoterapéuticos y rehabilitadores. A tal respecto, Ashton y Witton (2004) llamaron convenientemente la atención sobre la importancia de aspectos de prestación de servicios que, pudiendo parecer prosaicos, ejercen un importante impacto sobre el inicio y la retención en tratamiento, especialmente “tratar al paciente como individuo; ser acogedores, empáticos y comprensivos; mostrar respeto y proporcionar cuidados activos y persistentes”.

España aporta el ejemplo interesante de un país que ha introducido políticas que parecen estar revirtiendo una epidemia severa. Las políticas españolas se basaron en la abstinencia hasta los primeros años 90, cuando el país padecía la más alta tasa de infección por VIH entre UDIs de Europa (Rinken & Romero-Vallecillos 2002). La introducción de un programa de tratamiento con metadona en rápida expansión desde 1992-1994 ha contemplado desde entonces claras reducciones en las tasas de

⁵ La Biblioteca Cochrane es una colaboración científica internacional que emplea procedimientos metaanalíticos para combinar hallazgos comparables a partir de diferentes ensayos aleatorizados controlados. El rigor y robustez de tal enfoque implica que a menudo se la considere una ‘regla de oro’.

⁶ Para un análisis y discusión extensos de aspectos relacionados con dosificación y autorregulación por el paciente, véase Ashton (2002).

⁴ *Opioide* es el término genérico que alude a todos los ‘opiáceos’ (drogas derivadas de la amapola del opio), pero incluye también a analgésicos narcóticos de síntesis, como la metadona, que ejercen efectos similares a los de los opiáceos.

VIH (Hernandez-Aguado *et al.*, 1999). Rinken y Romero-Vallacillos aluden a paralelismos con áreas de Europa Central y del Este, y especialmente Ucrania.

Prisiones

Aunque existe menos investigación sobre terapia de sustitución a opiáceos en las prisiones, las evidencias disponibles sugieren que se reducen tanto el uso de drogas como las conductas de inyección con riesgo (Dolan *et al.* 1998; Vegue-Gonzalez *et al.* 1998). La OMS, UNODC y ONUSIDA (2004:6) identifican altas tasas de dependencia a opiáceos entre presos, y la OMS describe el tratamiento de sustitución como requisito para una exitosa prevención del VIH en prisiones (WHO 2004b). Una extensa revisión de buenas prácticas, escrita con especial referencia a Europa del Este y la Federación Rusa (WHO 2001) llama la atención sobre una anterior advertencia de la OMS señalando que:

Los presos que seguían mantenimiento con metadona antes de ser encarcelados deberían poder continuar este tratamiento mientras estén convictos. En los países donde el mantenimiento con metadona está disponible en la comunidad para personas dependientes a opiáceos, este tratamiento debiera también hallarse disponible en prisiones.

Los argumentos para proporcionar tal tratamiento, y las objeciones y críticas al respecto, han sido analizadas por Dolan *et al.* (1998), concluyendo que se podrían esperar en buena medida beneficios similares. Aun así, sostienen también que hacen falta ensayos bien diseñados, prospectivos, y con control aleatorizado, para clarificar mejor su impacto.

Recientemente, la OMS, la Oficina de Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen (UNODC) y ONUSIDA (2004c) han revisado las evidencias acerca de la terapia de sustitución, y emitido una declaración conjunta dirigida a los planificadores de políticas sobre drogas. Las conclusiones de este tipo de cooperaciones entre organismos internacionales son especialmente relevantes, por lo que la reproducimos aquí:

Declaración conjunta sobre ‘Terapia de mantenimiento con sustitución en la gestión de dependencia a opiáceos y de la prevención del VIH/Sida’

La dependencia a opiáceos, un complejo problema de salud que a menudo requiere tratamiento y cuidados a largo plazo, se asocia a un alto riesgo de infección por VIH cuando se inyectan los opiáceos utilizando equipo de inyección contaminado. El tratamiento de la drogodependencia es una importante estrategia para mejorar el bienestar y el funcionamiento social de personas con dependencia a opiáceos, y para reducir sus consecuencias sociales y sobre la salud, incluida la infección por VIH. Puesto que ningún tratamiento es por sí solo efectivo para todos los individuos con dependencia a opiáceos, debería disponerse de diversas opciones de tratamiento. La terapia de mantenimiento con sustitución es una de las opciones de tratamiento más efectivas para la dependencia a opiáceos. Puede aminorar el alto coste de la dependencia a opiáceos para los individuos, sus familias y la sociedad en general, al reducir el uso de heroína, las muertes relacionadas, las conductas de riesgo para el VIH y la actividad criminal. La terapia de mantenimiento con sustitución es componente crucial de abordajes basados en la comunidad para la gestión de la dependencia a opiáceos y la prevención de la infección por VIH entre inyectores de drogas (UDIs). La provisión de terapias de mantenimiento con sustitución –guiadas por evidencias de investigación y sustentadas en evaluación, formación y acreditación adecuadas– debería considerarse una importante opción de tratamiento en comunidades con alta prevalencia de dependencia a opiáceos, especialmente para aquellas en las que el uso inyectado de opiáceos pone a los UDIs en riesgo de transmisión por vía sanguínea del VIH y otros virus.

WHO, UNODC, UNAIDS (2004c)

Resumiendo las evidencias sobre coste-efectividad, OMS, UNODC y ONUSIDA (2004c: 21) también concluyen que:

El tratamiento de la dependencia a opiáceos es efectivo para reducir el uso de opiáceos ilegales, y los costes sociales y sanitarios asociados. También es considerablemente menos costoso que alternativas como no tratar a las personas dependientes, o encarcelarlas.

Según varias estimaciones conservadoras, cada dólar invertido en programas de tratamiento para la dependencia a opiáceos puede inducir un ahorro de entre 4 y 7 dólares, solamente en delitos relacionados con drogas, costes penales y robos. Cuando se incluyen ahorros relacionados con asistencia sanitaria, el ahorro supera a los costes en una ratio 12:1. Existen evidencias científicas según las cuales la terapia de mantenimiento con sustitución es una modalidad coste-efectiva de tratamiento, con medidas de coste-efectividad comparables favorablemente con otras intervenciones asistenciales como la terapia médica para la hipertensión severa, o para el VIH/Sida.

WHO, UNODC, UNAIDS (2004c)

Buprenorfina

La buprenorfina, opioide mixto agonista/antagonista, también se está usando cada vez más en terapias de sustitución a opiáceos. Se han efectuado tres revisiones sistemáticas de su efectividad, incluyendo una por Mattick *et al.* para la Biblioteca Cochrane (West *et al.* 2000; Barnett *et al.* 2001; Mattick *et al.* 2003b). Las evidencias sugieren que la buprenorfina puede ser un útil complemento a la metadona, especialmente cuando las personas estén avanzando hacia una reducción en el uso de drogas, y la declaración conjunta de OMS, UNODC y ONUSIDA (2004c) resume las principales conclusiones al respecto:

La buprenorfina es aceptable para usuarios de heroína, tiene pocos efectos colaterales, y se asocia a un relativamente suave síndrome de abstinencia. Usada en terapia de sustitución de opiáceos para embarazadas, parece presentar menor incidencia de síndrome de abstinencia neonatal.

Adopción e implementación

De acuerdo con las extensas evidencias sobre su efectividad, un número creciente de países proporcionan hoy tratamientos con metadona en los programas de sustitución a opiáceos. Aunque no de forma tan extensa, también la buprenorfina se halla paulatinamente más disponible.

Se puede conseguir metadona en casi todos los estados de los EEUU, en Canadá, y también se utiliza en América del Sur. En octubre de 2002 se autorizó el uso de buprenorfina en EEUU⁷.

En la Unión Europea, el tratamiento con metadona se halla ampliamente disponible en los quince ‘antiguos’ estados miembros, con 400.000 personas actualmente en tratamiento. Sin embargo, no se dispensa tan consistentemente en los diez nuevos estados miembros (EMCDDA 2004). Se ha autorizado el uso de buprenorfina en un número creciente de países desde 1996, y hoy día todos los ‘antiguos’ estados miembros disponen de ella como tratamiento de sustitución, salvo Holanda e Irlanda, donde sólo se usa para tratamiento de desintoxicación.

En 2002, una revisión de la farmacoterapia para Sudeste de Asia y Pacífico Occidental identificó programas de mantenimiento ‘formales’ para opiáceos en Hong Kong, Nepal y Tailandia (WHO 2002). Recientemente, China ha iniciado un ambicioso programa para desarrollar y extender los tratamientos con metadona, e iniciado también ensayos con buprenorfina (Thompson 2004).

⁷ US Medicine, Nov. 2002. Acceso: 24/02/03
<http://www.usmedicine.com/article.cfm?articleID=537&issueID=44>

Una revisión de la OMS sobre farmacoterapia para la dependencia a opiáceos en Europa Central y del Este reveló que existen tratamientos de sustitución –principalmente con metadona– en todos los países de la región, a excepción de Rusia y Bielorrusia (WHO 2004c). Sin embargo, la cobertura es dispar, y en algunos estados como Ucrania y Kirguizistán se proporcionan en programas piloto. En Bielorrusia el tratamiento con metadona es legalmente posible, pero en la Federación Rusa aún hoy se prohíbe el uso de la metadona y la buprenorfina.

Desde 2002, la OMS, espoleada por una previa recomendación de la JIFE, ha estado revisando el control internacional sobre la buprenorfina para una posible reclasificación del fármaco, de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 a la Convención Única sobre Narcóticos de 1961. Un control más estricto sobre la buprenorfina según la Convención Única puede afectar a su disponibilidad para terapias de sustitución de opiáceos (Framer & Wodak, en preparación; Silva 2004).

Sumario

El tratamiento de mantenimiento con metadona es el tratamiento más investigado actualmente disponible para personas dependientes a opiáceos. Su empleo se sustenta sobre una base de evidencias desarrollada a lo largo de casi 40 años y en muchos países diferentes. Retiene a pacientes en tratamiento más tiempo que cualquier alternativa sin sustitución, y ejerce un efecto superior en la reducción del uso de heroína y de los delitos asociados con la dependencia a opiáceos. Es efectivo en reducir conductas de riesgo para el VIH, y existe evidencia de que también reduce riesgos de mortalidad por uso de opiáceos. La buprenorfina se usa cada vez más, y parece revelarse un buen tratamiento de segundo orden. Puede aportar beneficios bajo ciertas circunstancias, pero el tratamiento con metadona, prescrito a dosis adecuada y con un correcto soporte psicoterapéutico y social, es actualmente el primer tratamiento a considerar, y el más efectivo.

Se ha de señalar que, mientras se prepara esta revisión, se está considerando añadir la metadona (WHO 2004d) y la buprenorfina (WHO 2004e) a la lista de la OMS de *Medicamentos esenciales*: los más importantes “tratamientos seguros y efectivos para las enfermedades infecciosas y crónicas que afectan a la vasta mayoría de la población del mundo”.

Prescripción de heroína

Antecedentes

Como hemos señalado, el fármaco de sustitución para la heroína más habitual es la metadona. No obstante, pese a los beneficios documentados de la metadona oral, hay personas que no la quieren o no se benefician de ella. No les atrae el tratamiento o bien, al recibirlo, no cambian sus conductas significativamente.

El Reino Unido es excepcional en cuanto que se ha venido prescribiendo la heroína para tratar a adictos desde los años 20, dentro de lo que suele denominarse el ‘Sistema Británico’, adoptado inicialmente para ayudar a los adictos a llevar vidas normales. La heroína normalmente se prescribe en presentación inyectable, pero también se ha prescrito como ‘porros’ fumables. Más recientemente, el gobierno británico ha propuesto una expansión limitada de la prescripción de heroína por su potencial impacto sobre la reducción de la criminalidad, y en cuanto a mejora de la salud de los pacientes. Actualmente, cerca de 450 pacientes obtienen heroína bajo prescripción de unos 46 médicos autorizados (Metrebian *et al.* 2002).

Algunos ensayos clínicos en Suiza y Holanda han usado una combinación de preparaciones inyectables y fumables, juntamente con la metadona. Suiza ya ha autorizado la prescripción de heroína para la dependencia a opiáceos. Desde 1998, se puede prescribir heroína en Holanda para propósitos de investigación. En los ensayos suizos y holandeses, se ha dispensado heroína y supervisado su consumo en clínicas, como parte de programas de investigación.

Coste-efectividad y eficacia clínica

La base de evidencia sobre la efectividad de la heroína como tratamiento surge de cuatro estudios a pequeña escala en el Reino Unido (Hartnoll *et al.* 1980; Stimson & Oppenheimer 1982; McCusker & Davies 1996; Metrebian *et al.* 1998), un gran ensayo con múltiples variables ejecutado en Suiza, y dos grandes ensayos llevados a cabo en Holanda. Se han efectuado cuatro ensayos controlados aleatorizados: uno en Reino Unido (Hartnoll *et al.* 1980), uno en Suiza (Perneger *et al.* 1998), y dos grandes ensayos para evaluar tratamientos con heroína tanto inyectable como fumable en Holanda (van den Brink *et al.* 2002). Una razón de la falta de investigación es que el uso de heroína en el tratamiento de la dependencia a opiáceos está prohibido en muchos países, y que la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE/INCB) ejerce presión contra los países que quieren efectuar ensayos de investigación. Otra es el coste de los ensayos: en Canadá, el ensayo recientemente aprobado plantea un presupuesto de 8,1 millones de dólares canadienses (Canadian Institutes of Health Research 2005). Actualmente, la Agencia Nacional de Tratamientos del Reino Unido planea un ensayo controlado de heroína inyectable en tres ubicaciones. Pero, a diferencia de las recientes investigaciones en Suiza y Holanda, no se prevé que incluya la heroína fumable.

Las evidencias acerca de la prescripción de heroína han sido revisadas extensamente por Stimson y Metrebian (2003). Los principales hallazgos de su revisión consisten en que:

- La prescripción de heroína es práctica en centros de tratamiento especializado;
- El fármaco es tan seguro para los pacientes como otros tratamientos comparables con fármacos inyectables;
- Su prescripción es segura para el personal sanitario;
- La prescripción de heroína no aporta problemas para la comunidad;
- La heroína no resulta desviada al mercado ilegal;
- Los pacientes pueden matenarse con una dosis estable de heroína;
- No es seguro que atraiga a más usuarios de drogas al tratamiento;
- No parece apartar a los pacientes de la aceptación de tratamiento con metadona oral;
- Los pacientes tienen una retención en tratamiento tan buena o mejor que la metadona;
- Disminuye el uso ilegal de heroína y otras drogas;
- Mejora la salud;
- Mejora el funcionamiento social;
- Los pacientes cometen menos delitos que antes de prescribírselos heroína;
- Los pacientes tienden a no cambiar a la metadona, o a vía oral de administración;
- No está claro a quién le va mejor este tratamiento;

- En los actuales niveles de prescripción, la heroína probablemente no afecta a los mercados ilegales, ni aminora los escenarios de drogas;
- La prescripción de heroína es más cara que la de metadona, pero es no obstante coste-efectiva; y
- No existe certeza de que la prescripción de heroína tenga mejor coste-efectividad que la metadona.

Adopción e implementación

Aparte del Reino Unido, Suiza y Holanda, se están planificando o efectuando ensayos científicos en Alemania, Francia, Bélgica, España y Canadá. En 1992, Australia inició estudios sobre la factibilidad de la prescripción de heroína, pero el ensayo propuesto no fue aprobado por el gobierno australiano. Hay datos que apuntan a presiones diplomáticas desde EEUU y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes que frustraron intentos posteriores para implementar ensayos a finales de los años 90 (Bewley-Taylor 2001: 216; Hamilton 2001: 114-5).

Sumario

Pese a los resultados de investigación recogidos hasta hoy, la base de evidencia a favor de la prescripción de heroína es débil: pocos estudios, y sólo cuatro con grupos control. Por ello, los hallazgos sobre el efecto de la prescripción de heroína deberían tratarse con cautela. Dicho esto, es patente que existen beneficios sociales y para la salud cuando se ofrece este tratamiento a inyectores y fumadores de larga evolución, para quienes otros tratamientos han fracasado. Las evidencias disponibles sugieren que debería darse una cautelosa expansión de esta forma de tratamiento, acompañada de más evaluaciones.

Información, Educación y Comunicación (IEC), Acercamiento y Estimulación Motivacional

Antecedentes

Se pueden emplear varios enfoques para complementar la tarea de los PIJs y los tratamientos de la drogodependencia, a fin de prevenir la transmisión de infecciones por vía sanguínea o las sobredosis, y para promover la salud. Estos incluirían programas de 'Información, Educación y Comunicación' (IEC), específicos o a través de los medios de comunicación social, y de acercamiento comunitario. El objetivo de tales programas es informar, capacitar y persuadir a poblaciones en riesgo de adoptar conductas autoprotectoras. En algunos casos, los programas se estructuran directamente según técnicas bien conocidas y usadas de estimulación motivacional.

La OMS (1998b) describe los abordajes de información, educación y comunicación (IEC) como ingrediente esencial de la respuesta ante la infección por VIH entre inyectores de drogas. Los principios de IEC se emplean también para abordar muchas otras formas de daños relacionados con drogas, como el riesgo del golpe de calor entre usuarios de éxtasis, o el de sobredosis entre usuarios de opiáceos. Las organizaciones especializadas en trabajo de reducción de daños con usuarios de drogas producen y usan extensamente materiales como folletos, vídeos y documentos web para complementar otros programas como los PIJs y las terapias de mantenimiento para opiáceos.

Según la OMS, ONUSIDA y UNODC (2004d), el acercamiento comunitario "tiene como objetivo contactar con los usuarios de

drogas donde viven, consumen drogas y se reúnen, y proporcionarles la información y los medios para reducir los riesgos de adquirir la infección por VIH asociada al uso compartido de equipo de inyección y al contacto sexual. El acercamiento también busca prevenir otras consecuencias sociales y sanitarias del uso de drogas".

Mediante contacto cara a cara con los UDIs, estos programas proporcionan jeringuillas, documentos sobre reducción del riesgo para VIH, distribuyen condones y lejía para desinfección de jeringuillas (sobre todo donde no funcionan los PIJs), promueven la enseñanza y el modelaje de la reducción de riesgos para el VIH por medio de líderes de red social, derivan a servicios, mejoran el acceso a valoración de riesgos y pruebas de VIH, proporcionan servicios de counselling y apoyan la organización comunitaria.

La IEC y el acercamiento pueden comprometerse en estimular la motivación hacia el cambio, y la 'formación motivacional' es un aspecto central en el concepto de la OMS (1998b) sobre los abordajes IEC para prevenir la infección por VIH entre usuarios de drogas. Muchos profesionales que trabajan con usuarios de drogas y alcohol se vuelcan directamente en la entrevista motivacional, que se ha definido como "un método directivo, centrado en el cliente, para estimular la motivación intrínseca hacia el cambio, explorando y resolviendo las ambivalencias" (Miller & Rollnick 2002).

Coste-efectividad y eficacia clínica

Pese a su extendido uso, hay relativamente poca investigación sobre la efectividad de los programas de IEC. Esto se puede explicar en parte porque generalmente se integran en programas más amplios que se evalúan en conjunto, y en los que sería difícil desagregar sus efectos (p.ej., véase Coyle *et al.* 1999). Tal es especialmente el caso para países con recursos limitados, y países en vías de desarrollo. Aunque los abordajes mediáticos pueden ser efectivos para alcanzar a grupos marginalizados, sus mensajes no siempre serán socialmente aceptables para todos los colectivos, y las diferencias lingüísticas, el analfabetismo y la diversidad en las prácticas de uso de drogas limitan sus posibilidades. Significativamente, Aggleton *et al.* (en prensa) llaman la atención sobre un aspecto poco reconocido de los programas de IEC, concluyendo que:

...se debería dar mayor reconocimiento al papel de la IEC en allanar el camino para una gama de programas e intervenciones que se sabe funcionan en relación con la prevención del VIH. Pueden ayudar a que los planificadores de las políticas, formadores de opinión, líderes religiosos y miembros de la comunidad desarrollen una comprensión más realista acerca de los UDIs y sus necesidades. Pueden también producir una desestigmatización general del uso inyectado de drogas, lo que es un importante requisito previo para la utilización de servicios.

La base de evidencia para los programas de acercamiento comunitario está mucho más desarrollada. Una revisión de 36 publicaciones examinó los siguientes resultados (entre paréntesis, la proporción de estudios que informan de hallazgos positivos): cesación del uso inyectado (10/11), frecuencia de inyección reducida (17/18), reutilización de jeringuillas frenada o reducida (16/20), reducida la reutilización de otros útiles de inyección (8/12), reducción/cesación en el uso de crack (7/7), desinfección de jeringuillas (10/16), ingreso en tratamientos (6/7), y aumento en el uso de condones o minimización del sexo sin protección (16/17) (Coyle *et al.* 1999). Una reciente revisión encargada por la OMS (2004f) concluye que:

El acercamiento es una estrategia efectiva para llegar a poblaciones de UDIs 'inalcanzables' y escondidas, y proporciona medios para permitir a los UDIs reducir sus conductas de riesgo; una proporción significativa de

UDIs receptores de intervenciones basadas en el acercamiento reducen sus conductas de riesgo en uso de drogas y jeringuillas, y en prácticas sexuales, e incrementan sus conductas protectoras; se ha demostrado que los cambios conductuales se asocian a tasas menores de infección por VIH.

Aunque los abordajes de estimulación motivacional puedan verse como parte integral de las estrategias de IEC y acercamiento, diversos estudios se han centrado explícitamente en las técnicas de estimulación motivacional para promover el cambio conductual. Dos artículos australianos han informado de resultados de la adaptación de la entrevista motivacional al cambio para conductas inyectoras y sexuales de riesgo (Baker *et al.* 1993; Baker *et al.* 1994). Los resultados de estos estudios no son concluyentes, ya que tanto los grupos de tratamiento como los de control mostraron reducción en las conductas de riesgo. Resnicow *et al.* (2002) revisaron tres estudios que se propusieron mejorar las estrategias de reducción de riesgos sexuales para VIH entre mujeres, utilizando principios de entrevista motivacional. Tales estudios señalan algunos cambios conductuales consistentes con la reducción del riesgo sexual para VIH, en comparación con grupos control.

Sólo un pequeño número de estudios se han fijado en el coste-efectividad de las estrategias de IEC, y una revisión reciente concluye que “hace falta investigar más para determinar el coste-efectividad de las actividades de IEC, tanto por sí solas como formando parte de programas estructurados de prevención del VIH” (Aggleton *et al.*, en prensa).

Adopción e implementación

Aggleton *et al.* (en prensa) presentan varios estudios de casos de abordajes con IEC de Ucrania, Australia, Argentina y Reino Unido, que incluyen acciones dirigidas a mujeres, minorías étnicas y usuarios de drogas en prisión. No está claro en qué medida y calidad se han adoptado estos programas, pero la necesidad de ajustarse finamente a necesidades locales seguramente implica que existe un considerable potencial para que estos programas se lleguen a usar con mayor eficacia.

En cuanto al acercamiento comunitario, la OMS (2004f:5) identifica una gran discrepancia entre necesidad y provisión, concluyendo que “pese a la evidencia de la efectividad del acercamiento comunitario tras 15 años de estudios de evaluación, existe un gran lapso entre el número de UDIs que quieren o podrían beneficiarse de servicios de acercamiento y el de quienes los reciben efectivamente”. Los programas de acercamiento comunitario se han implantado muy ampliamente en los EEUU, donde también se ha producido la mayor parte del desarrollo teórico. La OMS identifica también ejemplos existentes en Europa Occidental, Central y del Este, los nuevos Estados Independientes, Oceanía y América Latina. Con algunas excepciones su cobertura es peor en la mayor parte de Asia, y no se identificaron programas de acercamiento para UDIs en África.

Sumario

La evidencia que rodea a los abordajes por IEC es en general débil, pero parece ser un elemento potencialmente útil en programas de reducción de daños, y parece que su valor para allanar el terreno a otras intervenciones en la prevención del VIH se ve poco reconocido. Existen elementos de juicio suficientes para desarrollar y evaluar estrategias de IEC en modos ajustados a las circunstancias locales, y que mejoren la base de evidencia. La evidencia sobre los programas de acercamiento comunitario está más desarrollada, y hay razones sobradas para expandirlos, dado

que su provisión es cuando menos precaria en la mayoría de regiones del mundo.

Intervenciones para reducir las sobredosis e intoxicaciones agudas

Antecedentes

Se han venido desarrollando y adoptando, en diferentes grados, una variada gama de actividades para reducir la mortalidad relacionada con drogas: véanse como ejemplo las guías de las comisiones nacionales en Reino Unido (NTA 2004). En muchos casos, todavía no han sido objeto de investigación exhaustiva; sin embargo, su paulatina adopción entre las acciones contra las sobredosis sugieren que son de considerable importancia y que, con el tiempo, será importante fijarse en cuantas aportaciones puedan contribuir. En esta sección se resumen algunos de los ejemplos más destacables.

Mientras que la producción de fármacos regulados se ha de adherir a estrictas normas de producción, con inspecciones regulares de los centros de fabricación y distribución, las drogas ilegales no se ven sometidas a tales controles. Pueden surgir daños derivados de contaminación, adulteración y errores de dosificación, dando drogas de inesperada alta pureza. Se conocen eventos fatales relacionados con heroína, intoxicación por escopolamina, PMA en pastillas de éxtasis, e infecciones por clostridios como el botulismo. Las respuestas a estos riesgos desde la reducción de daños incluyen los *sistemas de alerta temprana* y el *testing de pastillas*.

También se ha desarrollado una creciente gama de intervenciones en respuesta al progresivo reconocimiento de que, con frecuencia, los usuarios de drogas presencian casos de sobredosis e intentan intervenir para salvar vidas. Estas incluyen: *campañas para animar a los usuarios de drogas a llamar a los servicios de emergencias, formación e información sobre prevención y asistencia de sobredosis*, como por ejemplo, entrenamiento en reanimación básica y posición de seguridad, y *programas que proporcionan naloxona, antagonista de opiáceos, a usuarios de drogas y personas de su entorno para su uso en casos urgentes*.

Coste-efectividad y eficacia clínica

Existe una amplia variedad de *sistemas de alerta temprana* (Griffiths *et al.* 2000). Cada vez más, sustentan campañas de información dirigidas a través de servicios gubernamentales y otros de asistencia sanitaria y social, para advertir a los usuarios de drogas sobre peligros ocasionales debidos a drogas contaminadas o adulteradas, como las del Centro para el Control de Enfermedades de EEUU (1984) acerca de la heroína contaminada con MPTP, y el Sistema Europeo de Alerta sobre Infecciones (Christie 2000), que difundió alertas sobre infecciones por clostridios. La atención creciente sobre nuevas drogas sintéticas a través de iniciativas como el Sistema Europeo de Alerta Temprana sobre Nuevas Drogas Sintéticas (EMCDDA 2002a) permite difundir alertas como la de un hallazgo de pastillas de éxtasis que contenían PMA. El impacto de tales sistemas sigue sin evaluarse, y hace falta investigar más acerca de cómo pueden optimizarse y comunicarse de la mejor manera posible las informaciones relevantes a las poblaciones en riesgo.

El *testing de pastillas* se usa cada vez más en clubes y fiestas en que se consume éxtasis. Es una forma por la que los sistemas de alerta temprana pueden advertir a usuarios de drogas sobre lotes de pastillas muy potentes o contaminadas. Los servicios que proporcionan testing de pastillas son también una vía a través de la cual se puede difundir información sobre sustancias peligrosas.

La base de evidencia sobre el testing de pastillas no se ha desarrollado mucho y por ahora es difícil sustentar su impacto general sobre la salud. Parece tener los méritos de facilitar el contacto con usuarios de éxtasis, y de reunir y proporcionar información. El Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (EMCDDA 2001) ha concluido que actualmente:

- Las intervenciones con testing de pastillas son medidas importantes para contactar con poblaciones de difícil acceso, y para mejorar su interés en mensajes preventivos y de reducción de daños.
- Las intervenciones con testing de pastillas in situ deberían enlazar directamente con la provisión de mensajes preventivos y de “uso de menor riesgo”, por medio de una amplia gama de soportes de información.
- Debido a la falta y las dificultades de evaluación, por un lado no existen aún pruebas científicas estrictas acerca del impacto protector de las intervenciones con testing de pastillas in situ; pero por otro, tampoco existen evidencias científicas para concluir que tales intervenciones promuevan el uso de drogas o puedan servir a sus vendedores con propósitos comerciales.
- Son precisos más estudios de investigación y evaluación sobre la gama completa de efectos de las intervenciones con testing de pastillas in situ. Este parece ser un requisito previo en planificación de políticas, al tiempo de pensar en completar la gama de estrategias con las que afrontar cuestiones sobre drogas en entornos recreativos.

Cada vez más países están llevando a cabo campañas para que los usuarios de drogas se animen a llamar a los servicios de urgencias, y proporcionando programas de información acerca de prevención y asistencia en sobredosis como por ejemplo, entrenamiento en reanimación básica y posición de seguridad, (p.ej., véase NTA 2004). Las evidencias en torno a su efectividad se limitan principalmente a evaluaciones de procesos locales. Sin embargo, estas parecen prometedoras, y tales intervenciones pueden conectarse con otros programas que incluyan PIJs y tratamientos de sustitución, proporcionando mayor efectividad y aprovechamiento de recursos.

Algunos programas pilotos con provisión de naloxona a usuarios de drogas –que son entrenados para administrarla en casos de urgencia– han documentado su uso exitoso salvando vidas sin efectos adversos (Dettmer *et al.* 2001). Se ha calculado que los costes farmacéuticos por cada vida salvada se hallaban en un rango entre 330 y 670 libras esterlinas.

Adopción e implementación

Existen diversos tipos de sistemas de alerta temprana en la mayoría de países desarrollados de Norteamérica, Europa y Oceanía; y varios países europeos como Holanda, Austria, Bélgica, Alemania, España, Francia y Suiza disponen de testing de pastillas, aunque sólo formen parte de la política oficial sobre drogas en Holanda (EMCDDA 2001). Pese a las grandes cifras anuales de muertes por sobredosis, otros programas centrados en la reducción de mortalidad por sobredosis se proveen sólo de forma parcial, o como experiencias piloto. Las dificultades para describir la extensión de las sobredosis por drogas en el mundo parecen reflejarse en nuestra comprensión limitada de la cobertura de intervenciones especializadas en las sobredosis (WHO 1998a).

Sumario

Se van acumulando evidencias que demuestran la efectividad de los sistemas de alerta temprana, el testing de pastillas, y los programas que previenen las sobredosis y mejoran las respuestas

para casos urgentes. En la mayoría de casos las evidencias son aún limitadas, a menudo reflejando la relativa novedad de tales respuestas. Aún así, las intervenciones aquí resumidas son importantes candidatas a investigaciones más a fondo, para comprender mejor cómo pueden contribuir a la reducción de las muertes relacionadas con el uso de drogas.

Salas de Consumo de Drogas

Antecedentes

Las evidencias relativas a las Salas de Consumo de Drogas (SCDs) ha sido revisada recientemente como parte del propio programa de publicaciones de la Fundación Beckley, y debería consultarse para repasar en mayor detalle las cuestiones asociadas a su funcionamiento (Roberts *et al.* 2004). Las salas de consumo han sido definidas como “lugares protegidos para el consumo higiénico de drogas obtenidas previamente, en un entorno no fiscalizador y bajo supervisión de personal capacitado” (Akzept 2000). Su objetivo es reducir daños tanto al usuario de drogas como a la comunidad en general, permitiendo a los primeros usar drogas en condiciones más seguras e higiénicas, y reduciendo las molestias públicas relacionadas con el uso de drogas en las calles. Varían los modelos de práctica, y principalmente se limitan a localidades con altos niveles de inyección en público o escenarios abiertos de consumo; la mayoría de servicios son para UDIs, pero algunos también se dirigen a fumadores de heroína o crack.

Coste-efectividad y eficacia clínica

Se han desarrollado evidencias sobre su impacto desde su introducción en los años 80, que han sido revisadas extensamente por el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (Hedrich 2004), y poco después examinadas en un boletín que forma parte de esta serie (Roberts *et al.* 2004). Las tomaremos como referencias para abordar este tema en profundidad.

Las evidencias sugieren que, de entre los principales **resultados sanitarios y sociales** esperables, las SCDs:

- Pueden ser efectivas en atraer a usuarios de drogas marginalizados o de difícil acceso, como los ‘sin-techo’ o las trabajadoras/es del sexo, y en promover un uso inyectado más higiénico;
- Reducen las conductas de riesgo y mejoran los conocimientos relativos a la transmisión de VIH, VHB y VHC;
- Permiten la intervención temprana sobre urgencias por sobredosis potencialmente fatales, y otras relacionadas con uso de drogas;
- Facilitan el acceso y derivación a tratamientos, servicios sociales y programas de rehabilitación social.

También se dan **resultados sobre el orden público** que incluyen reducciones en:

- consumo de drogas en público, con la efectiva disolución de escenarios abiertos de consumo; y
- reducción en las cifras de jeringuillas, y otros desechos del uso de drogas, abandonados en lugares públicos.

Conviene señalar que un estudio especialmente bien diseñado, publicado después de los informes del OEDT y Beckley (Woods *et al.* 2004) ha reforzado significativamente la evidencia sobre el impacto beneficioso de las SCDs en resultados de orden público.

Hasta hoy, casi todas las investigaciones se han centrado en la efectividad subyacente de las SCDs, y se ha hecho menos énfasis en el coste-efectividad, que puede verse enormemente afectado según el modelo adoptado. Mientras los servicios especializados como el Centro de Inyección bajo Supervisión Médica (MSIC) de Sydney registran costes muy elevados, los servicios integrados con otros servicios de tratamiento (como los de Suiza, Holanda y Alemania) tienen menores costes directos.

Adopción e implementación

Actualmente, existen SCDs en siete países: Australia, Alemania, Suiza, Holanda, España, Canadá y, muy recientemente, Noruega. Se han proyectado servicios de este tipo en Portugal y Luxemburgo, y se han planteado, aunque después desestimado, en Dinamarca (EMCDDA 2002b: 35).

Sumario

Existen evidencias suficientes de que, cuando se desarrollan consultando con la comunidad general, es posible una gama de modelos operativos de salas de consumo de drogas, y estas pueden atender a poblaciones y necesidades locales diferenciadas. Se puede trasladar el uso inyectado a un entorno más seguro, aminorando al tiempo conflictos públicos. Las SCDs atraen a los usuarios de drogas más marginalizados y vulnerables, y existen indicios de que previenen las muertes por sobredosis y pueden reducir las conductas de riesgo para los virus transmitidos por vía sanguínea. Aparte de esto, pueden proporcionar acceso a toda la gama de servicios de tratamiento por drogas, sociales y sanitarios. Hasta hoy, el coste-efectividad de las salas de consumo es incierto. Aun pareciendo prometedoras, hace falta más investigación para clarificar su impacto general y rentabilidad.

IMPLEMENTANDO INTERVENCIONES EFECTIVAS: PRIORIDADES DE ACCIÓN

Una acumulación sustancial de investigaciones científicas de diferentes regiones del mundo apuntalan hoy toda una gama de intervenciones que pretenden reducir los daños más severos asociados al uso de drogas. Entre ellas, las evidencias son más potentes y consistentes en lo referido a: a) la capacidad para prevenir el VIH/Sida de los programas de jeringuillas; y b) el rol del tratamiento de sustitución a opiáceos en la reducción del uso de heroína y sus diversos riesgos. Más allá de las apreciaciones científicas, la robustez de la evidencia se refleja a través de dictámenes, declaraciones y documentos internacionales que destacan las prioridades para emprender intervenciones efectivas.

‘Declaraciones de la ONU sobre Reducción de Daños: Cambiando el énfasis’

Al trabajar con personas que se inyectan drogas, es importante centrarse tanto en la reducción de daños como en la rehabilitación ...[y] adoptar un abordaje multiaxial que incluya el intercambio de jeringuillas ... y la farmacoterapia de sustitución.

Innovative Approaches to HIV Prevention, UNAIDS Best Practice Collection, 2000:8.

La Junta desea reiterar que las salas de inyección de drogas (o cualesquiera otros servicios similares implantados en algunos países desarrollados) podrían incluso facilitar el abuso de drogas, son contrarias a los tratados internacionales sobre control de drogas, e interfieren en las responsabilidades de las autoridades ejecutivas.

Informe Annual de la JIFE, 2002:70

...promover el uso de drogas ilícitamente mediante la dispensación de jeringuillas ... para mí, contribuiría a incitar a la gente a abusar de las drogas, lo que sería contrario a lo que disponen las convenciones [internacionales].

Dr. Philip O. Emafo, Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB-JIFE), 2002. Disponible en: http://www.unodc.org/unodc/newsletter_2002-12-31_1_page004.html

El acercamiento comunitario es ingrediente de un modelo preventivo amplio para el VIH, a fin de prevenir una mayor diseminación del VIH entre UDIs. Otros componentes serían el acceso a jeringuillas limpias [y a] una gama de opciones de tratamiento de la drogodependencia...

Evidence for Action: Effectiveness of Community-Based Outreach in Preventing HIV/AIDS Among Injection Drug Users, WHO, 2004f

La provisión de acceso a equipo estéril de inyección para inyectores de drogas, y la estimulación a su uso, son componentes esenciales de los programas de prevención del VIH/Sida...

Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use – Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission, WHO, UNAIDS, UNODC, 2004a

Existen evidencias abrumadoras de que aumentar la disponibilidad y utilización por UDIs de equipo de inyección estéril reduce sustancialmente la infección por VIH... No existen evidencias convincentes de posibles grandes consecuencias negativas indeseables.

Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users, WHO 2004a.

La evidencia obtenida durante más de 15 años de investigación y evaluación... señala claramente que las intervenciones de acercamiento son efectivas para contactar a inyectores de drogas de difícil acceso, y para proporcionarles los medios para un efectivo cambio conductual.

Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use – Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Outreach, WHO, UNAIDS, UNODC, 2004.

Ni consideramos el intercambio de jeringuillas como una solución al abuso de drogas, ni sustentamos declaraciones públicas que apoyen tales prácticas.

Carta del Director Ejecutivo de UNODC, Antonio Costa, al Departamento de Estado de EEUU, Nov. 2004. Disponible en: <http://www.colombo-plan.org/www/images/pubs/pdf/unodcnov2004.pdf>

En su *Declaración de Compromisos sobre el VIH/Sida* de 2001, la Asamblea General de Naciones Unidas afirmó la importancia de proporcionar equipo estéril de inyección y esfuerzos de reducción de daños más amplios en relación con el uso de drogas (artículos 23 y 52). El documento conjunto de la OMS, UNODC y ONUSIDA sobre la terapia de mantenimiento con sustitución para la dependencia a opiáceos y sobre prevención del VIH/Sida la describe como “una de las opciones de tratamiento más efectivas para la dependencia a opiáceos”, que es efectiva para “reducir el uso de heroína, las muertes relacionadas, las conductas de riesgo para VIH, y la actividad criminal”; y concluye que la provisión de terapias de mantenimiento con sustitución “deberían considerarse como una importante opción de tratamiento en comunidades con alta prevalencia de la dependencias a opiáceos” (2004c). Estas posiciones fueron asumidas y elaboradas en la *Declaración de líderes sobre el uso inyectado de drogas y el VIH/Sida* en la *15a Conferencia Internacional sobre Sida* en Bangkok de 2004: una declaración que detalla diversas prioridades de acción global (UNAIDS 2004).

Pese a estas adhesiones, es desigual la disponibilidad de intervenciones con reconocida capacidad para reducir los daños asociados al uso de drogas. Concretamente, hay poblaciones de muchos países con economías en vías de desarrollo, con niveles significativos de dependencia a opiáceos, que no acceden bien a tratamientos que pueden mejorar su salud y bienestar, y prevenir

el VIH/Sida. Esta sección aporta una ojeada a los principales retos que conlleva la adopción de estas intervenciones y, por su implicación, a las prioridades de acción.

El informe de seguimiento (UNAIDS 2003) ante la sesión especial sobre HIV/Sida de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) de 2001 identificó problemas generalizados que contribuyen a una baja cobertura en los servicios para UDIs en países de Asia y el Pacífico (Bangladesh, China, Hong Kong, Indonesia, Malasia, Birmania, Nepal, Pakistán, Filipinas, Singapur, Tailandia y Vietnam), América Latina (Argentina y Brasil), Europa del Este y Asia Central (Bielorrusia, Kazajistán, Moldavia, Rumanía, Federación Rusa, Ucrania) y Oriente Medio (Irán). Tales problemas incluyen: falta de buena información sobre cobertura de los programas, y de vigilancia epidemiológica; financiaciones insuficientes; carencia de recursos humanos y capacidad técnica; estigmatización y discriminación; y precarios sistemas de información. En correspondencia, recomiendan que:

- “los países precisan urgentemente asegurar la implantación de un paquete amplio de servicios de prevención para el VIH, y expandir su cobertura para garantizar su accesibilidad para todos los grupos vulnerables”;
- Son necesarios un mayor compromiso y liderazgo asertivo en política en los países de Asia, Pacífico, Europa del Este y Asia Central;
- Se precisan urgentemente apoyos para permitir que los países puedan dotarse de capacidad institucional; y
- “se necesita urgentemente la implementación y refuerzo de medidas para erradicar la estigmatización y discriminación relacionadas con el VIH/Sida”.

Se calculó que para cumplir con los compromisos futuros de la declaración era necesario triplicar para 2007 los fondos anuales destinados a programas sobre VIH/Sida (UNAIDS 2003: 68-69, 78-80). Además de las mencionadas cuestiones, de aplicación generalizada, es útil tener en consideración aspectos específicos para diferentes estados y regiones.

En cuanto a la Europa Central y del Este, Rusia mantiene una situación especialmente anómala con su sostenida prohibición del uso de metadona y buprenorfina. La significación de este impedimento legal a una práctica basada en la evidencia es mayor aún si se tiene en cuenta la severidad de la pandemia de VIH/Sida en la Federación Rusa y varios de sus estados limítrofes. De no ser por ello, los problemas que afronta la región implicarían una generalizada necesidad de expandir los PIJs y centros de tratamiento, lo que se ve aún más dificultado por la “imagen negativa que ofrecen los medios de comunicación ... reflejada en las opiniones de la población general y a menudo de los profesionales” (WHO 2004c:15). Las revisiones en 2004 del Código Penal ruso parecen haber revertido parcialmente una recomendación del Comité Estatal para el Control de Drogas, que había inducido la retirada de fondos para PIJs, pero aún existe mucha confusión acerca de su estatuto legal entre los profesionales y los planificadores locales.

Los problemas identificados por ONUSIDA (UNAIDS 2003) – financiación insuficiente; carencia de recursos humanos y capacidad técnica; estigmatización y discriminación; y sistemas de información precarios– son generalmente identificables en el Sudeste de Asia y el Pacífico Occidental. También existe un sustancial escepticismo acerca de la eficacia de los programas de prescripción de sustitutos, bajo el extendido punto de vista de que tales tratamientos son “demasiado blandos con los adictos”, junto al reconocimiento de la importancia de la sensibilidad cultural acerca de la forma en que se desarrollan los programas (WHO 2002:16). No obstante, hay una creciente predisposición a pilotar

o aumentar los programas de prescripción y los PIJs. Dada su influencia sobre la región, la disposición cada vez mayor de China de cara a pilotar y adoptar PIJs y programas de sustitución para afrontar la creciente prevalencia del VIH es un paso importante que puede ayudar a vencer estas resistencias.

Entre los países más ricos e industrializados que padecen problemas significativos de dependencia a opiáceos, los Estados Unidos constituyen un caso único en lo referido a su nivel de oposición a los PIJs, con una perenne prohibición del Congreso de asignarles fondos federales (Strathdee & Bastos 2003): posición que contrasta con el liderazgo que EEUU ha ejercido en el desarrollo de terapias de sustitución a opiáceos. En consecuencia, la provisión de PIJs es altamente irregular, y no llega a alcanzar cobertura suficiente en muchos estados. A nivel nacional, la oposición política a la financiación de los PIJs sigue inamovible pese a dos declaraciones de consenso de los National Institutes of Health (NIH).

La declaración de 1997 sobre *Intervenciones para prevenir las conductas de riesgo para el VIH* concluía que:

Las intervenciones conductuales para reducir los riesgos del VIH/Sida son efectivas y deberían difundirse ampliamente. Se deben levantar las restricciones legislativas sobre los programas de intercambio de jeringuillas porque tales regulaciones constituyen una enorme barrera para llevar adelante un abordaje potente, y expone a millones de personas a riesgos innecesarios. (NIH 1997)

Las recomendaciones de la declaración de 2002 sobre *Gestión de la Hepatitis C* incluían:

Instituir medidas para reducir la transmisión del VHC entre UDIs, incluida la provisión de acceso a jeringuillas por medio de programas de intercambio, prescripción médica y venta en farmacias; así como expandir la capacidad de la Nación para proporcionar tratamientos para el abuso de sustancias. Se debería educar a médicos y farmacéuticos para que reconozcan que proporcionar a los UDIs acceso a jeringuillas estériles y educación en prácticas de inyección segura puede salvar vidas. (NIH 2002)

CONCLUSIÓN

Mientras siguen emergiendo bases de evidencia para la reducción de daños a la salud relacionados con drogas –especialmente en los abordajes más experimentales como la prescripción de heroína, las salas de consumo, o la provisión de servicios en países en vías de desarrollo–, existe ya amplia evidencia de que las actividades nucleares en Reducción de Daños, cuando se implementan de forma ajustada y profesional, han demostrado su utilidad para eludir la transmisión a gran escala de infecciones, y para reducir las tasas de mortalidad entre usuarios de drogas. También existen estimulantes indicios de que la provisión accesible de servicios como los intercambios de jeringuillas y la prescripción de sustitutos, es una manera efectiva de contactar con una población ‘oculta’ de usuarios de drogas, estabilizar sus conductas, y animarles a avanzar hacia el abandono de su arriesgado estilo de vida. Sin embargo, sigue existiendo la preocupación de que la existencia y promoción pública de estos enfoques inducen mayores niveles de uso inyectado de drogas. No hemos podido encontrar evidencia alguna que demuestre tal relación causal; y de hecho, la declaración de consenso emitida por la OMS, ONUSIDA y UNODC (2004a, 2004c) hacen mención expresa de este aspecto. Por tanto, lo que nos preocupa es que tales actitudes, a niveles político y comunitario, se deban más a la inquietud ideológica por la posibilidad de ser ‘blandos’ con los usuarios de drogas, que a una apreciación objetiva de las evidencias. La resolución de tales problemas es asunto de atención prioritaria en

los países y regiones que actualmente experimentan una expansión en el uso inyectado de drogas: los gobiernos nacionales y las agencias internacionales han de acordar respuestas efectivas ante potenciales epidemias de VIH en Europa Central y del Este, Asia, Oriente Medio y América Latina. Los países de Europa Occidental y Norteamérica han de desarrollar respuestas más efectivas contra el VIH/Sida, la infección por hepatitis y las muertes por sobredosis. La tentación de eludir hoy decisiones políticas difíciles, según nos demuestra la experiencia acumulada, nos llevará directamente en el futuro a muchas pérdidas evitables de vidas, y a gastos elevados en cuidados y tratamientos.

REFERENCIAS

- Aceijas C *et al.* (2004) Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18:2295-2303.
- Akzept (2000) Bundesverband and Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Ed.) *Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms*. Lektorat: W Schneider & H Stöver, Materialien No. 4. Münster: Akzept.
- ACMD (1993) *AIDS and drug misuse update report*. London: HMSO
- ACMD (2000) *Reducing Drug Related Deaths*. London: The Stationery Office.
- Aggleton P *et al.* (in press) Information, Education and Communication, HIV/ AIDS and injecting drug use. *The International Journal for Drug Policy*.
- Ashton M (2002) Flexible methadone dosing and patient self-regulation (Research Summary). *Drug and Alcohol Findings*, 7: 1-12.
- Ashton M (2004) Hepatitis C and needle exchange. *Drug and Alcohol Findings*, 11:25-30.
- Ashton M and Witton J (2004) Manners Matter: the power of the welcoming reminder. *Drug and Alcohol Findings*, 11:4-18.
- Baker A *et al.* (1993) Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injection drug users. *AIDS*, 7: 247-256.
- Baker A *et al.* (1994) Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injection drug users not in treatment. *AIDS Care*, 6: 559-570.
- Ball A L *et al.* (1998) HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. *Public Health Reports*, 113, (Supplement 1), 170-81.
- Ball J C and Ross A (1991) *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome*. New York: Springer-Verlag.
- Barnett P G *et al.* (2001) A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for the treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96: 683-690.
- Bastos F I *et al.* (2000) Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science & Medicine*, 51,1771-1782.
- Bewley-Taylor D (2001) *The United States and International Drug Control, 1909-1997*, London: Continuum.
- van den Brink W *et al.* (2002). *Medical Co-Prescription Of Heroin Two Randomized Controlled Trials*. Utrecht: Central Committee On The Treatment Of Heroin Addicts. Available from www.ccbh.nl.
- Canadian Institutes of Health Research (press release 2005) North America's first clinical trial of prescribed heroin begins today. Available from www.cihr-irsc.gc.ca/e/26516.html
- Carvell A M *et al.* (1990) Help-seeking and referrals in a needle exchange: a comprehensive service to injecting drug users. *British Journal of Addiction*, 85: 235-240.
- CDC (2004) *Deaths: Final data for 2002*. National Vital Statistics Reports, Vol. 53, No. 5.
- Christie B (2000) UK heroin deaths prompt international alert. *BMJ*, 320: 1559.
- Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Coyle SL *et al.* (1999) Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health*, 113 (Supplement 1), 19-30.
- Darke S and Zador D (1996) Fatal heroin overdose: A review. *Addiction*, 91: 1765-1772.
- Dettmer K *et al.* (2001) Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ*,322.7291: 895-896.
- Dolan K *et al.* (1998) Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17: 153-158.
- Dolan K *et al.* (1999) HIV risk behaviour and prevention in prison: A bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review* 18: 139-143.
- Dolan K *et al.* (2003) Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98, 153-158.
- Dole V P and Nyswander M E (1965) A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*, 193: 646-50.
- Dole V P and Nyswander, M E (1967) Heroin Addiction - a Metabolic Disease. *Archives of Internal Medicine*, 120: 19-20.
- EMCDDA (2001) *On-site pill-testing interventions in the European Union*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2002a) *Early warning system on new synthetic drugs: Guidance on implementation* Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA (2002b) *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2004) *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Farrell M *et al.* (1994). Methadone maintenance treatment for opiate dependence: A review. *BMJ*, 309: 997-1001.
- Framer E D and Wodak A (Personal communication - Manuscript in Preparation) The International Drug Regulatory System and the Use of Buprenorphine for Substitution of Opioid Dependence.
- Gerstein D R and Harwood H J (Eds.) (1990) *Treating drug problems. Vol 1. A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington: National Academy Press.
- Gibson D R *et al.* (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 15:1329-1341.
- Gold M *et al.* (1997) Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal*, 157. 255-262.
- Griffiths P *et al.* (2000) Drug information systems, early warning and new drug trends: Can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption? *Substance Use and Misuse*, 35: 811-844.
- Hall W *et al.* (1998) Introduction. In, Ward J, Mattick R P and Hall W (Eds.) *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.
- Hamilton M (2001) *Drug Policy in Australia – Our Own?*, In Jurg Gerber and Eric L. Jensen (Eds.), *Drug War American Style: The Internationalization of Failed Policy and Its Alternatives*, Garland Publishing, pp. 114-5.
- Hammett T M *et al.* (2003) Development and implementation of a cross-border HIV prevention intervention for injection drug users in Ning Ming County (Guangxi Province), China and Lang Son Province, Vietnam. *The International Journal of Drug Policy*, 14: 389-398.
- Hartnoll R *et al.* (1980) Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 37: 877-883.
- Health Protection Agency (October 2004) *Shooting up: Infections among injecting drug users in the United Kingdom 2003*. Health Protection Agency, SCIEH, National Public Health Service for Wales, CDSC Northern Ireland, CRDHB, and the UASSG. London: Health Protection Agency.
- Hedrich D (2004) *European Report on Drug Consumption Rooms*. Lisbon: EMCDDA.
- Hedrich D and Vicente J (2004) *Overdose: a major cause of avoidable death among young people*. *Drugs in Focus* No. 13. Lisbon: EMCDDA.
- Heimer R *et al.* (1996) Evaluating a needle exchange programme: models for testing HIV-1 risk reduction. *The International Journal of Drug Policy*, 7:123-129.
- Hernández-Aguado I *et al.* (1999) Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of the epidemic over 10 years. *International Journal of Epidemiology*, 28:335-340.
- Holtgrave D R *et al.* (1998) Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 18(Supp. 1): 133-138.
- Howard J and Borges P (1971) Needle sharing in the Haight: some social and psychological functions. *Journal of Psychedelic Drugs*, 4:71-80.
- Hunt N *et al.* (1998) Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5(2), 185-193.
- Hunt N *et al.* (2003) *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. London: Forward Thinking on Drugs. (available at forward-thinking-on-drugs.org/review2.html)
- INCB (2002) *Annual report of the International Narcotics Control Board*. Vienna: INCB.
- Jager J *et al.* (2004) *Hepatitis C an injecting drugs use: impacts, costs and policy options*. Lisbon: EMCDDA.
- Klein A *et al.* (2004) *Drug Policy and the HIV Pandemic in Russia and Ukraine*. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, A DrugScope Briefing Paper, Number 2. London: DrugScope.
- Kral AH *et al.* (2001) Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet*, 357:1397-1401.

- Laufer FN (2001) Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 28: 273-278.
- Lurie P and Drucker E (1997) An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet*. 349: 604-608.
- McCusker C and Davies M (1996) Prescribing drug of choice to illicit heroin users: the experience of a UK community drug team. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 13: 521-531.
- Marsch L A (1998) The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a metaanalysis. *Addiction*. 93: 515-532.
- Mattick R P *et al.* (2003a) *Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
- Mattick R P *et al.* (2003b) *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
- Metrebian N *et al.* (1998) Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Medical Journal of Australia*. 168: 596-600.
- Metrebian N *et al.* (2002). Survey of doctors prescribing diamorphine (heroin) to opiate dependent drug users in the United Kingdom. *Addiction* 97: 1155-1161.
- Miller W R and Rollnick S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. London: Guilford Press.
- Ministerial Council on Drug Strategy (2001) *National Heroin overdose strategy*. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia.
- NIH (1997) *Consensus Statement: Intervention to prevent HIV Risk behaviours*. Kensington: National Institutes of Health.
- NIH (2002) *Consensus Statement: Management of Hepatitis C*. Kensington: National Institutes of Health
- Normand J *et al.* (1995) *Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach*. National Academy Press.
- NTA (2004) *Commissioning services to reduce drug-related deaths*. Resource pack for Commissioners. Briefing 11.2. London: National Treatment Agency.
- Parsons J *et al.* (2002) Twelve years of syringe exchange: Results from a UK national survey. *Addiction*. 97:845-850.
- Perneger T V *et al.* (1998) Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ*. 317: 13-18.
- Resnicow K *et al.* (2002) *Motivational Interviewing in Medical and Public Health Settings*. In: Miller, W.R, Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. London: The Guildford Press.
- Rinken S and Romero-Vallecillos R (2002) The evolution of Spanish HIV prevention policy targeted at opiate users: a review. *Drugs: education, prevention and policy*. 9:45-56.
- Robles R R *et al.* (1998) Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users in Puerto Rico. *Health Policy*. 45:209-220.
- Roberts M *et al.* (2004) *Drug consumption rooms*. The Beckley Foundation drug policy programme . DrugScope Briefing Paper No. 3.
- Silva J A C E (2004) Medicines and the drug control treaties: Is buprenorphine for opioid addiction at risk of being lost? *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 19: 215-224.
- Single E *et al.* (2000) The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ*. 162:1669-1675.
- Smyth B P *et al.* (1999) Evaluation of the impact of Dublin's expanded harm reduction programme on prevalence of hepatitis C among short-term injecting drug users. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 53:434-435.
- Stimson G V (1996) Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV-1 infection among drug injectors? *Addiction*, 91: 1085-1099.
- Stimson G V and Metrebian N (2003) *Prescribing heroin: what is the evidence?* York: Joseph Rowntree Foundation.
- Stimson G V and Oppenheimer E (1982) *Heroin addiction: Treatment and control in Britain*. London: Tavistock.
- Strathdee S A and Vlahov D (2001) The effectiveness of needle exchange programs: a review of the science and policy. *AIDS Science*. 1, No. 16, December 13.
- Stover H and Nelles J (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *The International Journal of Drug Policy*. 14:437-444.
- Strathdee S *et al.* (2001) Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Archives of Internal Medicine*. 161:1281-1288.
- Strathdee S and Bastos F I (2003) Sterile syringe access for injection drug users in the 21st century: progress and prospects. *The International Journal of Drug Policy*. 14: 351-352.
- Taylor A *et al.* (2000) Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: Are current harm reduction strategies working? *Journal of Infection* 40: 176-183.
- The Centre for Harm Reduction (2002) *New Zealand Needle and Syringe Exchange Programme Review Final Report*. Wellington: Campbell Aitken.
- Thompson D (2004) Injecting drug use fueling spread of HIV in China. Population Reference Bureau. Available from www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/04_Articles/Injecting_Drug_Use_Fueling_Spread_of_HIV_in_China.htm
- Transnational Institute (2004) *A pointless war: drugs and violence in Brazil*. TNI Briefing series No. 11. Amsterdam. Transnational Institute.
- UNAIDS (2000) *Innovative approaches to HIV prevention: selected case studies*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2003) *Follow-up to the 2001 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2004) *Leadership Statement: Injecting drug use and HIV/AIDS*. Available from www.unaids.org/bangkok2004/docs/leadership/LS_IDU.pdf
- US Center for Disease Control (1984) Street-Drug Contaminant causing Parkinsonism, *MMWR Weekly* 33(24): 351-2.
- Vegue-Gonzalez M *et al.* (1998) Evaluacion de un programa de metadona en prision. Resultados preliminares. / Evaluation of methadone program in prison: Preliminary results. *Adicciones*. 10: 59-67.
- Ward J *et al.* (1998) *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.
- West S *et al.* (2000) A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 12: 405-414.
- WHO (1998a) *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (1998b) *Principles for preventing HIV infection among drug users*, Copenhagen: WHO.
- WHO (2000) 'Hepatitis C'; *Fact Sheet No 164*. World Health Organisation. (Available at www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/)
- WHO (2001) *HIV in prisons: a reader with particular relevance to the newly independent states*. Geneva: WHO.
- WHO (2002) *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in South-East Asia and Western Pacific regions*. Geneva: WHO.
- WHO (2004a) *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO.
- WHO (2004b) *HIV/AIDS and prisons*. Available from www.euro.who.int/aids/prevention/20040115_2
- WHO (2004c) *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in Central and Eastern Europe*. Geneva: WHO.
- WHO (2004d) *Proposal for the inclusion of methadone in the WHO model list of essential medicines*. Department of Mental Health and Substance Abuse; HIV/AIDS Department.
- WHO (2004e) *Proposal for the inclusion of buprenorphine in the WHO model list of essential medicines*. Department of Mental Health and Substance Abuse; HIV/AIDS Department.
- WHO (2004f) *Evidence for Action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO.
- WHO, UNAIDS, UNODC (2004a) *Policy Brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Available from www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/
- WHO, UNAIDS, UNODC (2004b) *Policy Brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Available from www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/
- WHO, UNODC, UNAIDS (2004c) *Position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Available from www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/
- WHO, UNAIDS, UNODC (2004d) *Policy Brief: Reduction of HIV transmission through outreach*. Available from www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/
- Wiessing *et al.* (2001). *Estimating coverage of harm reduction measures for injecting drug users in the European Union*. Lisbon: EMCDDA. Available from www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nModelD=1527&slanguageISO=EN
- Wood E *et al.* (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*. 171: 1-4.
- Zinberg N E (1984) *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.