

Los Programas de disminución de riesgos y baja exigencia

Annie Mino

1.- EVOLUCION DE LA POLITICA DE ASISTENCIA A LOS TOXICOMANOS: LA REDUCCION DE RIESGOS

La evolución de la política de las drogas está enfocada, bajo el punto de vista, de un concepto que cada día avanza en su camino: la política de reducción de riesgos.

La política de reducción de riesgos, postula una evidencia, molesta a menudo, pero imposible de negar. Los toxicómanos existen, quienes no pueden o no quieren' durante un tiempo dado, dejar de consumir drogas ilegales. Mirarlos como a diablos o como cabezas de turco o más suavemente definirlos como delincuentes, porque consumidor, no conduce más que a paralizar todo pensamiento innovador, apto a respetar su existencia y sus derechos a ser ciudadan~)s, teniendo acceso a toda forma de dignidad establecida por los principios democráticos.

La política de reducción de riesgos, más que un nuevo instrumento entre las manos de expertos con pocos medios, pretende ser una nueva filosofía.

Una gran parte de los problemas médicos y sociales que los toxicómanos padecen durante el tiempo que consumen, están relacionados con la ilegalidad vinculada a las drogas y no a las drogas mismas. EISIDA ha aportado, desgraciadamente la prueba definitiva. Dos cifras lo demuestran en un mismo país (Reino Unido).

En 1986, en Escocia, no se había aceptado ninguna política de reducción de riesgos: se evaluaba en un 60% (1) los toxicómanos seropositivos; en la región de Liverpool donde se había desarrollado hacía tiempo esta estrategia, menos del 1 % de toxicómanos lo eran.

En la actualidad, todos los estudios que han seguido cohortes de toxicómanos durante largo tiempo (10,15,20 años)-esquema N' 1- han demostrado que el 30-40% salen de la dependencia, 10-20% mueren y el 30-40% sobreviven, con una vida más o menos soportable continuando su consumo. Estos estudios, no precisan en que .condiciones físicas, psicológicas y sociales están el 30-40% que curan. Estos últimos años, un número determinado ha muerto de Sida.

Las estrategias de reducción de riesgos pueden ser globalmente definidas, como todas las acciones individuales y colectivas, médicas, sociales que tienden a minimizar los efectos

negativos, relacionados con el consumo de drogas.

Las decisiones tomadas el 23 de setiembre de 1991, por el Consejo del Estado de Ginebra, representa una ilustración de estas nuevas estrategias:

- a) El toxicómano que está dispuesto a aceptar la desintoxicación, debe encontrar las posibilidades y las instituciones que le ayuden a librarse de su dependencia.
- b) El toxicómano que no es capaz (aún no), de aceptar la desintoxicación, debe recibir la ayuda que le permita sobrevivir.

Con el fin de realizar estos dos objetivos, el Consejo de Estado propone la puesta en funcionamiento, de una red integrada de puntos de asistencia, adaptados a las diferentes categorías de toxicómanos y a las diferentes fases de su trayectoria individual.

A tal efecto, se decide:

- a) De mantener y si llega el caso, de reforzar los programas llamados de «alta exigencia», basados en la exigencia de la abstinencia (tratamiento de desintoxicación, deshabituación, reinserción).
- b) De completar, diversificar los programas llamados de «*media exigencia*», basados sobre una asistencia médico-psico-social estructurada, con objetivos terapéuticos precisos, aceptando la dependencia de un producto que puede ser proporcionado por prescripción médica, conforme al reglamento cantonal K 4 11, del 16 de Agosto de 1978.
- c) De reforzar y diversificar los programas llamados de «*baja exigencia*», ofreciendo una ayuda médica y social de base (enfermería, médico, alojamiento, higiene, alimentación, etc.) a los toxicómanos.

En un primer tiempo, intentaremos comprender cómo, porqué y cuando aparecen las estrategias de reducción de riesgos.

Desde un punto de vista histórico, se pueden evidenciar dos períodos: antes del Sida y después del Sida.

A continuación, describiremos los diferentes aspectos de estas estrategias y sus consecuencias, que entran más o menos en el concepto de reducción de riesgos, según las realidades locales. La evolución de las ideas y de las prácticas, concernientes a la reducción de riesgos, es de una

complejidad tal, que sería interesante ilustrarlo brevemente, con 3 ejemplos muy diferentes en sus comienzos:

EL REINO UNIDO, HOLANDA Y LOS ESTADOS UNIDOS

Desde 1987, en el Reino Unido, la política oficial en cuestión de drogas, se preocupaba del problema de la inyección i.v. y de sus riesgos en la transmisión del SIDA. La idea principal que arraigó rápidamente, es que hay numerosos toxicómanos por vía i.v. (traducción literal: inyectores) que no son capaces o que no desean dejar de consumir, y entonces, es necesario encontrar los medios, para ayudarles a reducir los riesgos infecciosos para ellos mismos, y para los demás.

Inglaterra ha elegido privilegiar los programas de intercambio de jeringas. En 1987, hay dos programas experimentales. En 1989-90, hay un total de 120.(3)(4).

El acento, no ha sido puesto inicialmente en las oficinas de farmacia como agentes de prevención.

Los programas de intercambio de jeringas, han tenido un impacto considerable sobre los servicios de drogas. Han demostrado que los toxicómanos, no atendidos por los servicios, pueden serlos, y que es posible modificar el comportamiento de los consumidores por vía i.v.-inyectores.

Estas dos constataciones, han favorecido el desarrollo de nuevas actuaciones, en relación a las drogas y sus problemas derivados (2).

El toxicómano es, menos apreciado como un ser inconsciente («suspension of rationality») y destructor, pero puede volverse un agente activo en la prevención, responsable de él mismo y de otros. Se les llama «health conscious drug user». Algunos equipos utilizan, incluso los servicios de los pequeños vendedores, cercanos a los toxicómanos que no han sido atendidos por los servicios de asistencia.

En el espejo del toxicómano, el nuevo «terapeuta» en toxicomanía («new drug worker») está descrito en estos términos: conoce los problemas de la politoxicomanía, está instruido en medicina (Sida), en terapéutica, y en acciones comunitarias (el va donde están los toxicómanos; él sabe que los ex-toxicómanos y los vendedores pueden ser agentes de prevención).

Estas dos nuevas imágenes, favorecen que los servicios sean más accesibles, más rápidos en sus respuestas, más diferenciados según los pacientes.

La Agencia de consulta del Gobierno Inglés (L'Advisory Council on the Misuse of Drugs) en su

informe de 1988, es clara: «si nosotros los expertos, podemos ofrecer una ayuda basada sobre nuestras experiencias, los servicios deben también escuchar si es preciso, ser guiados por sus pacientes ».

Las raíces de esta política, se encuentran ya, en un informe sobre la prevención de 1984, que recuerda que el término prevención incluye, no solamente la prevención primaria, sino también la prevención de los riesgos relacionados con las drogas.

Simultáneamente, la política prescriptiva inglesa (2) conoce un nuevo período de interés. Durante los años 80; había tenido numerosas críticas. Este movimiento se había iniciado desde los años 1965-69, con la apertura de las clínicas especializadas ambulatorias que han respondido a la ola de toxicomanías modernas.

La política prescriptiva inglesa, contrariamente a los otros países desarrollados, conoció su hora de gloria entre 1926 y 1965. Los médicos tenían en efecto el derecho, siguiendo las conclusiones del Rulleston Committee (1926), de prescribir toda droga que permitiera al toxicómano llevar una vida normal.

La heroína, en particular, jamás ha sido prohibida por la farmacopea inglesa, ni en el tratamiento del dolor, ni en los tratamientos de mantenimiento de los toxicómanos.

Estas nuevas estrategias, señalan inmediatamente la importancia del apoyo de otros sectores de la comunidad, en particular el mundo político y otros profesionales. La colaboración de la policía y de los medios de comunicación, se vuelven parámetros importantes.

La rápida reconceptualización de la política inglesa en materia de drogas, es respuesta primero al SIDA y secundariamente, a las otras complicaciones médicas y sociales, relacionadas con las toxicomanías, no es el resultado de una crisis aparecida ex-abrupto en un clima sereno.

Numerosas preguntas, estaban subjacentes al funcionamiento de las **instituciones terapéuticas** en marcha. Ya en 1981, John Strang (2) evoca una política cada vez más inadecuada de las clínicas y las compara a la cama de Procuste, "ladrón de la anécdotas, que descuartizaba o estiraba a sus víctimas para adaptarlas al tamaño de su cana". El recuerda, que sí ha sido posible, pasar de un modelo médico lineal centrado en la prescripción, a un modelo psico-social, los servicios deben, sin embargo, aprender a ofrecer prestaciones diferenciadas según las clientelas, que no son nada homogéneas.

Además, desde principios de siglo, los problemas de drogas siempre han sido vistos prioritariamente, como problemas de salud y no problemas de deviancia, contrariamente a los

Estados Unidos.

La política de drogas en el Reino Unido, debe ser resituada de nuevo en el entramado de una política de salud pública en general, (5), cuyo modelo, él mismo, no es unitario ni continuo.

Tres orientaciones han recorrido los siglos XIX y XX.

El último movimiento insiste sobre el individuo y los estilos de vida individuales, (prevención y promoción de la salud) que deben formar parte de toda política de reducción de riesgos en materia de drogas. Esta óptica, explica igualmente la importancia tomada por los lugares comunitarios, dispensando consejos e información a partir del sector privado no medicalizado. (5) (3).

Segun STIMSON (5) esta visión, demasiado individualista, no es suficiente. La prevención del SIDA reclama de la Sanidad Pública, acciones de más embergadura que las iniciadas, alrededor de los toxicómanos considerados como individuos. Se debe de considerar, una reflexión sobre los mecanismos sociales de marginalización.

La política sobre drogas practicada en Holanda, (2) (6) (7) (8) (9), encuentra sus raíces en una identidad cultural pragmática, señal de realismo poco inclinado a enfoques moralistas y dramáticos.

Los problemas de drogas, no son vistos prioritariamente, como problemas de policía ni de justicia. Son ante todo, una preocupación sanitaria y social.

Además, de manera general, el papel del sistema penal y de la ley ii(-) es, en Holanda, tan predominante como en otros países. La ley tiene una función de adaptación y de integración; sus resultados deben ser evaluados, en todas las situaciones donde ella intervenga y especialmente, en el campo de las drogas. Es la expresión de una función instrumental de la ley penal (10). Si se comprueba que el instrumento penal para resolver un problema, es más contraproductivo que eficaz, entonces se somete a crítica y a revisión.

Al contrario, numerosos países, consideran la ley penal como un cuadro moral y colectivo de referencia, confirmando la desaprobación social; la eficacia de la prevención es secundaria a la función simbólica de la ley.

La evolución de la política de las drogas en Holanda, es el fruto de una reflexión de fondo, yendo hasta la base jurídica de la cuestión.

No es lo mismo en Inglaterra. La política inglesa es más frágil y está sujeta a repliegues, que

podrían producirse, por ejemplo, si el SIDA no estuviera definido como un problema de salud pública prioritario. Esta observación es válida para la mayoría de los países que han desarrollado, a partir de la aparición del SIDA, políticas de reducción de riesgos, relacionadas con el V.I.H., con reservas para dar toda su dimensión médica y social a este concepto.

Un postulado no menos fundamental de la política holandesa en materia de drogas, es que la oferta y la demanda no pertenecen a dos mundos separados, sino que están íntimamente ligados.

Los efectos de la represión sobre los consumidores y sobre los pequeños traficantes, influyen sobre la naturaleza y la amplitud de los problemas sociales y de salud, encontrados en el conjunto de toxicómanos. La política holandesa afirma, que la mayoría de los problemas que los terapeutas tienen que tratar, son producto de la represión. Además, la naturaleza y la extensión de los efectos negativos de las drogas, son aménudo mal interpretadas; en efecto, son descritos a partir de experiencias clínicas mientras que todas las prácticas que quedan fuera del sistema terapéutico, son completamente desconocidas(12).

La ley sobre el opio de 1976, es el resultado del informe de 1972: «Backgrounds and Risk of Drug use ~. Este informe deduce, que el postulado de base de la política en materia de drogas, debe estar en relación directa con los riesgos expuestos, por la utilización de las drogas. Estos riesgos, son definidos de acuerdo con las propiedades de las sustancias, aunque sea reconocida la importancia de las condiciones psico-sociales de los consumidores, sus previsiones subjetivas y las condiciones grupales de consumo. La ley distingue, por tanto, las drogas «que presentan riesgos inaceptables» tales como los opiáceos, la cocaína, el LSD, las anfetaminas - de un lado (7), y los productos con «riesgo aceptable», tales como, el hachís y la marihuana. En la realidad, esto conduce a una despenalización del consumo y de la posesión para uso personal de drogas suaves, y por otro lado, a la dispensación de matadona para los consumidores de opiáceos.

Uno de los mayores resultados de esta política, es la separación entre los productos duros y los productos derivados del hachís.

En término de prevalencia y de incidencia, los resultados dados por la ciudad de Amsterdam, en particular (7)(11)(64), no revelan ningún crecimiento que justifique las críticas de la política incitativa. Al contrario, observamos un envejecimiento de las primeras cunsumiciones, una estabilización del número de consumidores, un crecimiento considerable del número de demandas de tratamiento, comprendidos los tratamientos sin sustitutivos.

Los resultados en materia de prevención del SIDA, como indicador principal, son bastantes superiores a los observados en otros países europeos - Esquema nº 2.

Esta política, aménudo llamada de normalización, ha-causado una revisión de la imágen, que la

clase social tiene de los toxicómanos. Como lo **escribe ENGELSMAN (7)**:~los toxicómanos no deben ser vistos como criminales ni como gente dependientes, sino como ciudadanos «normales» que pueden hacer peticiones ~ normales » y a los que hay que ofrecer oportunidades «normales».

Ellos no deben ser tratados, como una categoría aparte ... ~. Ellos pierden su status de héroes maléficos".

La política terapéutica y preventiva, es coherente con los postulados propuestos. Si **durante los años 70**, se concentró casi exclusivamente sobre el objetivo de la **abstinencia**, desde la revisión de la ley , se introduce una política de reducción de riesgos. Se resume simplemente: los servicios sociales y médicos deben ser muy accesibles y proponer ayudas, no poniendo exigencias insalvables para los toxicómanos (low threshold). Lo más representativo de esta política es:

- Los programas de metadona.
- La auto-organización de los toxicómanos, que ha permitido desde 1984, con una subvención de la ciudad de Amsterdam, la distribución de jeringas para hacer frente al problema de la hepatitis B.

Cuando el SIDA aparece, se cumplen numerosos requisitos, para poner en marcha una prevención adecuada.

En los Estados Unidos, la política en cuestión de drogas es particularmente paradójica. Los EEUU declaran la guerra a la droga; su objetivo fundamental es !a erradicación total del problema.

Una paradoja esencial, es debido a que la utilización de la metadona, opiáceo de síntesis, agonista de los opiáceos naturales o semi-sintético, se inicia a partir de las experiencias de Dole y Nyswander hacia la mitad de los años 60.

En su teoría metabólica, Dole y Nyswander, (12) defiende la utilización de la metadona por razones de tipo biológico; sea porque los toxicómanos tengan un déficit innato de los sistemas endorfinicos o porque hayan adquirido este déficit, por el uso prolongado de morfínicos exogenos. Esta teoría que ha permitido el inicio, a gran escala, de tratamientos de metadona, no goza de unanimidad en los EEUU. Leon Wurmser (13) defiende la teoría rehabilitativa llamada del «menor mal». Reconoce, que numerosos efectos negativos de las drogas opiáceas no son producidas por las drogas mismas, sino por las políticas que las penalizan.

Es interesante reconocer, que tanto en la teoría de Dole-Nyswander como en la de Leon Wurmser, uno de los objetivos a alcanzar es de tipo social: *la disminución de las conductas*

delictivas de los toxicómanos, permitiéndoles su reinserción social y profesional.

La metadona en los EEUU, tiene una óptica controvertida, pero ha tenido nuevos progresos con la aparición de] SIDA, la hipótesis era de derivar a los consumidores i.v.-inyectores- hacia un consumo oral, los de opiáceos(14). Otros productos están en estudio, como la levo-alpha-acetylmetliadol (el LAAM), que es una forma de metadona de larga duración o la buprenorfina.

Las curas de naltrexona (15), permiten el bloqueo de los receptores endorfinicos para los efectos de la heroína, pero su utilización es muy limitada.

La dramática situación de los toxicómanos americanos frente al problema del SIDA, no es necesario recordarla. Se estima que prácticamente, la mitad de los pacientes enfermos de SIDA son toxicómanos intravenosos, y que entre el 25% y el 75% de los toxicómanos están infectados por este virus. Como lo resalta T. KOSTEN (15):

« la prevención y el control de la extensión del SIDA entre los toxicómanos, no se ha conseguido por simples esfuerzos educativos y los tratamientos deben pretender absolutamente la reducción del uso intravenoso de las drogas. Reducir este uso, pero sin querer imponer a todos los toxicómanos tratamientos de internamiento o libres de drogas, tratamientos imposibles en el estado actual de los recursos e incluso con proyecciones optimistas - los enfoques farmacológicos deben ser explorados» .

La evolución de la política sobre drogas en los EEUU, se puede resumir en dos ejes principales:

1. Los tratamientos con metadona, cuyo objetivo central es la reducción de riesgos.
2. Desde 1987, incluyen nuevas actividades de tipo preventivo. Hay que citar los trabajos de calle, utilizando a los líderes de la comunidad cercana, a las poblaciones mas marginadas y no captadas por los servicios de tratamientos (16)(17)(18); la educación y la prevención del SIDA integrados en los programas de tratamientos; la prevención del cambio del consumo oral al consumo via i.v.; la auto-organización de los extoxicómanos o de los consumidores actuales (26); en definitiva, un cierto número de maniobras sanitarias, que tiendan a modificar la subcultura que rodea al consumo de drogas.(19) (20) (21) (23).

La limpieza de las jeringas, con agua y lejía (24) y los programas de intercambio, forman parte de esta última opción. Hasta muy recientemente, sólo existía un programa oficial de intercambio de jeringas. Se desarrolló en Nueva York durante un corto período, después fue cerrado por las autoridades políticas. Numerosas manifestaciones han intentado, desde entonces, oponerse a esta política restrictiva. Algunas de ellas son costeadas por los afectados.

Actualmente, la situación del SIDA, es tan dramática que las autoridades neoyorquinas, han aceptado de considerar la reapertura de un nuevo programa. Otras ciudades han seguido, con discrepancia esta decisión (25).

Al mundo político americano, no se le escapa que la implantación de programas de intercambio de jeringas significa, que la estrategia «tolerancia cero» es un callejón sin salida y contraproducente, desde el punto de vista de salud pública.

En los EEUU, como en otros países, el SIDA enfrenta los políticos a los conflictos siguientes: *¿podemos, cuando se trate del SIDA, recomendar la responsabilidad individual, la promoción de la salud, el cambio de comportamiento, y cuando se trata de la toxicomanía, utilizar armas completamente antagonistas, a saber la represión, el encarcelamiento, el aislamiento, la no responsabilización de los comportamientos?*

El toxicómano, consumidor de producto, y el toxicómano sometido al riesgo del SIDA, es el mismo: se les deben dirigir los mismos mensajes.

2.- LAS DIFERENTES MEDIDAS QUE CONSTITUYEN LA REDUCCION DE RIESGOS

La historia del consumo de productos opiáceos es compleja. Actualmente, nos faltan datos sobre los diferentes estadios y las múltiples evoluciones. Todos los primeros consumos, no conducen ineludiblemente a la dependencia. En 1969, O'Donnell, evaluaba (27) en un tercio a los consumidores esporádicos, que se volvían dependientes. El tiempo que transcurre entre los primeros consumos y las primeras dependencias es extremadamente variable, lo mismo que el observado entre primera dependencia y primera demanda de tratamiento. Estos tratamientos son amenudo múltiples, dirigidos a modelos terapéuticos variados; demuestran evoluciones muy variables de un individuo a otro.

Las estrategias de reducción de riesgos, deben de contemplar todas estas evoluciones. Todas las intervenciones de prevención deben de situarse lo más precozmente en la evolución del consumidor.

Esto tiene, especial importancia en los tratamientos sustitutivos, en la medida donde la mayoría de legislaciones, hasta la actualidad, han marcado una edad tope, incluso un número determinado de tratamientos anteriores, antes de aceptar el mantenimiento con sustitutivos.

Muchos se subleban, contra los que consideran ser los cómplices de la toxicomanía. La evaluación de la experiencia holandesa, permite considerar que estos temores son infundados, en todo caso,

en situaciones socio-culturales comparables. Por otro lado, ahí donde las políticas de reducción de riesgos están funcionando, no se ha observado ninguna disminución en las demandas de tratamiento sin sustitutos, más bien al contrario. (2)(8)(SUIZA)I.

2. 1. EL INTERCAMBIO DE JERINGAS

Actualmente no está muy valorizada, incluso en las regiones o los países que lo mantienen. Puede hacerse, según las particularidades locales, en los centros móviles, en los centros de asistencia especializados, o no especializados, en el problema de la toxicomanía.

El SIDA ha permitido comprender, que los farmacéuticos son o pueden convertirse, a menudo, en agentes de prevención de máxima importancia e integrarse de pleno derecho, en la elaboración de nuevas estrategias.

Ningún estudio, hasta ahora, ha demostrado que la puesta a disposición de material limpio cause un aumento en el consumo.

Los resultados holandeses son interesantes, aunque según sus autores, debían ser mejorados. En 1984, la incidencia de la hepatitis B era del 26%, en 1988 no era más del 5%. La incidencia del VIH era del 12% en el 86, del 5%, en el 87, del 3% en el 88.

La prevalencia se ha mantenido estable: 33% en el 86, del 30% en el 87 y 88 (50% holandeses, 50% extranjeros).

En Holanda, los toxicómanos enfermos, representaban en 1990 el 8,8% de los pacientes (1 l).

En Inglaterra, en la región de Merseyside donde se inició muy pronto una política de reducción de riesgos, daba en 1990 una prevalencia VIH del 0,1 % contra el 7% para el conjunto del país.

JONES, (28) demuestra la eficacia de un programa de intercambio de jeringas como puerta de entrada hacia los tratamientos. En el momento de la encuesta, el 62% de los toxicómanos que frecuentan el centro de intercambio de jeringas, están en tratamiento, en el 88 no eran más que el 26%; el 46% dicen haber sido derivados por el equipo del centro de intercambio. Los centros de intercambio, son por tanto asimilables a agencias - centros de baja exigencia, favoreciendo la entrada de los toxicómanos en la red sanitaria.

Un estudio australiano (29), considera los posibles efectos de un programa de intercambio de jeringas, sobre un programa de mantenimiento con metadona. Considera que la accesibilidad a las jeringas, no está asociado con un crecimiento en la presencia de drogas ilícitas en las orinas de los pacientes con metadona.

Estos mismos resultados han sido encontrados por BUNING en Holanda.

Los resultados de los programas de calle que, en los EEUU recomiendan la limpieza de las jeringas, muestran la sensibilidad de un cierto número de toxicómanos, a modificar su conducta en condiciones difíciles (16) (17) (23) (24) (25).

Los investigadores, que han evaluado estos programas (4) (9) (11) (30) (31), sugieren que podrían haber sido más efectivos si se hubieran tomado en cuenta las condiciones sociales y la subcultura de los toxicómanos (40) (66), la psicología y la psicopatología individual (32) (33).

Todos los autores, insisten sobre un mejor conocimiento y sobre la necesaria incorporación de las redes naturales, así como la colaboración de los toxicómanos como agentes de prevención.

En Inglaterra, STIMSON se preocupa de la sub-representación de mujeres y de jóvenes en los programas de intercambio de jeringas. La experiencia demuestra, que es igual en otros países.

Las campañas de promoción de preservativos, están a menudo relacionadas a las de intercambio de jeringas.

Los resultados son medianos, pero en esto no difieren de la población general.

2.2. LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS ALTERNATIVAS A LAS DE LA CALLE

Estas deben reemplazar, principalmente, a la heroína adulterada con productos más o menos peligrosos. Actualmente se resumen a la metadona, utilizada por vía oral desde hace más de 25 años (22).

Las investigaciones del futuro sobre el tratamiento de mantenimiento, deben dirigirse a comprender mejor, e identificar mejor los parámetros correlacionados a los resultados positivos.

En efecto, como lo muestran múltiples estudios americanos, los resultados varían considerablemente de un programa al otro.

BALL & ROSS (34) en un estudio multicéntrico, han demostrado, las variaciones de eficacia de un programa al otro, desde el punto de vista de la utilización intravenosa de drogas, yendo del 10% al 57% de los pacientes en algunos programas. Sus resultados positivos, están correlacionados con la duración del tratamiento y la calidad del programa propuesto. Los datos personales del paciente, no han podido ser identificados como significativamente correlacionados

con los resultados.

La constatación de que un porcentaje variable de toxicómanos, continúa con las inyecciones es fundamental. En efecto, se podría sacar la conclusión, de que las curas de metadona son ineficaces para prevenir el SIDA y otras complicaciones médicas relacionadas con la vía i.v.

Los estudios no obstante, demuestran que si es ilusorio imaginar que todos los toxicómanos vana abandonar su consumo i.v. durante los tratamientos con metadona, también es verdad, que ellos modifican sustancialmente sus formas de inyectarse(35).

Un estudio australiano (36) concluye:

«los individuos con metadona demuestran un real control sobre su forma de inyectarse drogas que previamente no

Los pacientes con metadona, estando menos sometidos al estrés y al miedo de la abstinencia aguda, su consumo está mejor controlado.

Un estudio inglés (35), señala que cuanto más aumenta la duración del programa de mantenimiento, más disminuyen los riesgos de la inyección. La edad es igualmente un factor correlacionado positivamente con un mejor control del consumo intravenoso.

En Holanda, contrariamente a los EEUU, los programas de mantenimiento *«de baja exigencia»* - se han desarrollado desde hace una quincena de años. Su objetivo esencial, es atraer y retener a los toxicómanos en la red sanitaria para que se beneficien de los cuidados de salud primarios. La metadona bebible, es distribuida diariamente dosis media de 60 mg. Las exigencias son las mínimas, el toxicómano debe dar a conocer su identidad y aceptar entrevistarse con un médico cada trimestre.

En estos programas, la mayoría de los clientes continúan con sus consumos i.v. incluso politoxicómano.

Los americanos siempre se han opuesto a esta práctica de «low intervention»¹. Sin embargo, la experiencia de DON DEJARLAIS contradice esta posición americana(45).

El estudio de referencia, se ha iniciado para verificar si las personas en programas de metadona, con un apoyo mínimo pueden sacar algunos beneficios. La cohorte elegida ha sido constituida por pacientes de la lista de espera de un programa de tratamiento de metadona. El grupo ha sido dividido en dos: un grupo, ha recibido la metadona, simplemente con un chequeo médico a la entrada y una administración diaria de la dosis en el centro, sin ninguna otra prestación. El otro

grupo, se quedó en la lista de espera sin intervención.

Después de un mes, el consumo de opiáceos ¡legales en el grupo que recibió la metadona, ha disminuido a la mitad. El seguimiento durante un año y medio ha demostrado, que los que han recibido la metadona, quedan en tratamiento más que los que se quedaron en la lista de espera, El estudio ha demostrado igualmente que las intervenciones de baja exigencia, a través de la metadona, no son rentables para los toxicómanos que utilizan simultáneamente cocaína y heroína.

BUNING (38) recuerda, que los efectos macroscópicos de los programas de *~baja exigencia*» en grandes poblaciones, han sido insuficientemente investigados. Según él, los programas holandeses han permitido modificar la relación entre el toxicómano y su proveedor, de garantizar un cierto grado de pureza de la heroína de las calles, permitiendo a la mayoría de los toxicómanos pasar del consumo ¡.v. al consumo vía inhalatoria. Del 60% al 70% de los toxicómanos de Rotterdam (9) y Amsterdam (38) fuman la heroína.

En Inglaterra, Griffiths y Gossop (39) recuerdan igualmente, que la heroína puede ser utilizada por vías de administración, según las condiciones sociales y culturales. Ahora bien, los riesgos para la salud asociados a las vías de administración (inhalación y/o ¡.v.) varían considerablemente.

La inhalación, es una forma de consumo y para nada es una pre-fase del consumo ¡.v.. Por último, los toxicómanos que inhalan, pero que esporádicamente se inyectan, cambian poco su jeringa.

Los fracasos de las curas de metadona, nos llevan a considerar las prescripciones inyectadas de morfina o heroína (2). Estas prescripciones, conocidas desde hace tiempo en el Reino Unido, están en estudio en Suiza, en Australia y en Alemania, y en los Países Bajos, están en experimentación.

2.3. AYUDAS SOCIALES Y MEDICAS SIN EXIGENCIA DE ABSTINENCIA NI DE PROYECTO TERAPEUTICO

Estas mínimas ayudas de supervivencia, comprenden refugios de noche, centros de acogida de día (con o sin habitaciones para inyectarse), cuidados de salud primaria ambulatoria u hospitalaria (ej: la enfermería para personas sin domicilio en Zurich).

La Asociación Médicos del Mundo, lo comprendió bien, al instalar uno de sus despachos en Nueva York, como en un país del Tercer Mundo.

En USA, un estudio reciente (40), demuestra que existe una relación evidente, entre las conductas de consumo de drogas y la estabilidad de su lugar de convivencia. Seguidos alrededor de 1.470

toxicómanos inyectores de Nueva York, el estudio consiste en una evaluación inicial con un seguimiento a 6 y a 12 meses. La desesperanza social es un factor mayor de conductas de riesgo.

Razón por la cual, numerosos son, los autores que insisten actualmente sobre la necesidad de una prevención, tomando no solamente en cuenta al individuo y la relación individual, sino también las condiciones medio-ambientales, sociales y culturales (37) (41) (42) que preceden al consumo de drogas.

2.4. ACTUACIONES FUERA DE LOS LIMITES DE LAS INSTITUCIONES MAS PROXIMAS A LA COMUNIDAD

Deben de ser mantenidas y ampliadas, Estas actuaciones permiten la aproximación de los toxicómanos más precarios, conocer mejor las leyes y la subcultura de la «zona», de desarrollar intervenciones de prevención e incluso de implicar a la comunidad en su conjunto (43)(44).

Estas acciones han permitido, entre otras, encontrar a los toxicómanos en su medio natural y modificar rápidamente nuestra imagen. Experiencias preventivas con vistas a integrar a éstos, incluso a los pequeños vendedores, se desarrollan en Francia(44), en Australia (46) (47) (48), en Holanda (49), en Inglaterra (50) (51), en los EEUU (42) (52).

Varios de ellos colaboran con los toxicómanos sobre los problemas de evaluación de los servicios (accesibilidad).

Un servicio puesto en funcionamiento en 1990, en el sub barrio oeste de Londres, merece ser citado. «Healthy Option Team» (53), considera que los toxicómanos capaces de ser agentes de prevención, deben poder influir positivamente en los servicios, y participar en ellos. Después de dos años de funcionamiento, el equipo evalúa así sus resultados:

- 50% del personal y de los voluntarios son toxicómanos o ex-toxicómanos.
- la mayoría de los pacientes son enviados por los vendedores.
- los toxicómanos participan en la planificación, en el desarrollo y en la evaluación de los servicios que se les proponen.
- HOT es considerada una organización que refleja, con bastante aproximación las necesidades de este suburbio desfavorecido. Su accesibilidad es máxima.

Hace 2 años en Berlín, la constitución de una asociación internacional de consumidores de drogas,

simboliza la actualidad del problema. En su origen, recibió el apoyo de la asociación alemana de lucha contra el SIDA. Reivindica el derecho a **la existenciade consumidores** de drogasyde toxicómanos, el desarrollo de una información verídica sobre los ~roductos y los riesgos relacionados con su consumo. Reclama el desarrollode estructuras de ayuda, sin exigir la abstinencia como condición previa. Por último, se consideran como una estructura de prevención cerca de sus semejantes (54).

En varios países, grupos nacionales están constituídos o están en vías de hacerlo (Suiza, Francia, Australia ...)

2.5. PREVENCIÓN PRIMARIA: UN EJEMPLO INGLÉS.

Estos últimos años, el uso de droga entre poblaciones cada vez más jóvenes, ha aumentado en Inglaterra. La variedad de sustancias puesta a su disposición, ha crecido. Los indicadores hacen pensar que tal evolución continuará en los años 90.

Como en otros países, la principal respuesta a esta situación, ha sido el desarrollo escolarde una educación basada sobre la reducción de la demanda («just say no»). La prevención primaria, ha evolucionado a lo largo del tiempo, pero las evaluaciones demuestran que los resultados son escasos, por no decir nulos (55).

Un análisis crítico, sugiere que la base de esta prevención está, en asumir un cierto número de imposibles, desde el punto de vista de la comprensión de las necesidades y de la psicología del adolescente.

Por esta razón, se desarrolla en Inglaterra un modelo alternativo de reducción de riesgos. Se basa sobre las realidades adolescentes, con objetivos realistas y prácticos. El documento «Taking Drug Seriously» ou «Don't panic» (56) refleja este nuevo enfoque.

Las estrategias específicas de utilización, de este nuevo tipo de instrumento, depende de las necesidades locales y de las condiciones concretas. Tales programas pueden desarrollarse en las escuelas o en los lugares de reunión de los jóvenes. Se obtienen algunos triunfos, pero también numerosas resistencias. Son abordados los efectos de las diferentes drogas, por ellas mismas o en los contextos de utilización subcultural, los medios de reducir los riesgos de utilización, los problemas legales y por último, las posibilidades de ayuda en caso de necesidad.

El trabajo, sobre el desarrollo de las competencias de los adolescentes (aprender a afrontar, solucionar conflictos, «safer use») y la comunicación son los ejes centrales.

En nuestro conocimiento, hasta la actualidad, ninguna experiencia de este tipo se ha descrito.

2.6. POLICIA.- PRISION

En el primer congreso de Liverpool, numerosos participantes se sorprendieron por la intervención de uno de los jefes de la región de Merseyside, M.O'Donnell, al comentar la satisfacción de su profesión de participar, desde 1986, en las nuevas orientaciones de la salud pública (jeringas -prescripción, diversificada - fácil accesibilidad a los servicios).

En efecto, la policía ha observado una caída de la tasa de criminalidad, relacionada con la toxicomanía.

Los trabajos holandeses (57), han descrito los nuevos roles de la policía en la política, de la reducción de riesgos.

Durante el arresto de un toxicómano, la policía informa a los servicios médicos municipales. Cada día, los médicos hacen la ronda por los puestos de policía y proponen sus prestaciones a los toxicómanos detenidos (jeringas -metadona - cuidados en salud primaria).

En Ginebra, las nuevas estrategias y especialmente el programa de intercambio de jeringas, ha supuesto un acuerdo previo con el jefe de policía. Es importante constatar, que los encuentros regulares con el personal policial, ha permitido mejorar el desarrollo de la información en su conjunto y de las relaciones menos marcadas de persecucion recíproca.

Sin embargo, la situación sigue delicada y contradictoria. El ejemplo de la penalización de los toxicómanos, que lleven jeringas, lo evidencia. Este tope penal muestra uno de los límites de la política de reducción de riesgos.

Es paradójico, por un lado ofertar jeringas y productos opiáceos a los toxicómanos, en un encuadre sanitario, y por otro lado mantener una penalización del consumo «auto-prescrito». Esta ambigüedad, remarcada desde hace muchos años, es el corazón de todos los debates, sobre la política de reducción de riesgos (58) (59).

En prisión, la política de reducción de riesgos, es el pariente pobre. En Europa, las condiciones carcelarias son cada vez más catastróficas. Hasta los autores mas clásicos, incluso los más opuestos a toda nueva política, están de acuerdo, en que los encarcelamientos, no son ni preventivos ni curativos. Como declaraba recientemente un toxicómano:

~la prisión nos da la oportunidad de rellenar nuestra agenda de direcciones, si no lo

estuviera aún».

La droga, circula en prisión y las condiciones sanitarias de muchas de ellas revelan quebrantamientos de los derechos del hombre (62). El estudio de «*CENTER FOR RESEARCH OF DRUG*»(61) obtiene las siguientes conclusiones:

„en prisión, una de cada cuatro personas que tenga antecedentes toxiconiácos, continúa pinchándose; el 73 % comparten sus jeringas; el 10% de las personas interrogadas afirman haber tenido relaciones sexuales en prisión con una media de tres parejas; la mayoría de los hombres han tenido relaciones sin el uso de preservativos; el 20% de las mujeres han tenido relaciones homosexuales. "

El estudio señala, que la gran mayoría de los detenidos que comparten sus jeringas, intentan limpiarlas, demostrando comportamientos de responsabilidad que se pretenden estimular, proporcionando productos de limpieza. La situación es tanto más grave, cuanto que encontramos en prisión una sobre-representación de pacientes sero-positivos, incluso presentando otras enfermedades infecciosas.

En conclusión, el estudio recomienda a la administración penitenciaria:

- prevención y asistencia mucho más cualificada.
- libre disposición de preservativos.
- funcionamiento de un sistema de despistaje voluntario y anónimo.
- revisión de la política gubernamental relativa a la prohibición de las relaciones sexuales en prisión.
- el informe no recomienda la distribución de jeringas.

En nuestro conocimiento, sólo en las prisiones holandesas se practica la distribución de jeringas, también en una prisión suiza (Hindelbank), donde se ha iniciado un programa experimental.

La situación de las prisiones, revela una vez más, la evidente contradicción, en la cual la salud pública, debe mejorar cada día su puesta en práctica. Reconocer que los productos circulan en prisión como en el exterior, reconocer que en consecuencia, las jeringas y los productos opiáceos deben ser distribuidos si deseamos llevar una política globalmente coherente, es reconocer el fracaso de toda política de encarcelación.

2.7. MUNDO POLITICO Y MEDIOS

Todo conduce a demostrar, que nuestra imagen de la toxicomanía debe ser modificada. Pero los expertos, sólo en sus especialidades, no hacen nada si la información no está apoyada por la prensa y el mundo político (63).

En este encuadre, a los expertos, les incumben nuevas responsabilidades. Ellos deben de estar muy bien informados, de las experiencias llevadas a cabo, en otras regiones, incluso en otros países y en otros continentes. Deben verificar sus informaciones, la ética en el ámbito de la reducción de riesgos también está ahí:

"el deber de luchar contra la desinformación".

La política de reducción de riesgos, es una nueva orientación. En este sentido, es el reconocimiento de que una política pragmática y realista es urgente, y que ya no es tiempo de perder años en discusiones ideológicas, difícilmente sostenidas y esencialmente moralizantes.

3.- CONCLUSIONES

La política de reducción de riesgos, es un nuevo reto. Después de varios años de desarrollo activo, es necesario que se evalúen más ampliamente sus estrategias y la consecución de sus objetivos.

Estas evaluaciones, deben hacerse tanto a nivel de las conductas individuales, como de las comunitarias. En efecto, todo indicador que demostrara modificaciones en la incidencia y prevalencia de las conductas toxicómanas, podría significar que para salvar al individuo, nos opondríamos a los intereses de la comunidad.

Actualmente, estos temores no han podido ser demostrado.

La política holandesa, es un claro ejemplo. Esto no significa, que las cosas no se desarrollarían de forma diferente en otras condiciones legales, culturales y sociales.

Por ejemplo, una política de reducción de riesgos, en unas condiciones muy desfavorecidas, donde las estrategias fueran simplemente la dispensación a los toxicómanos de productos opiáceos, sin ningún apoyo psico-social digno de este nombre, sin ninguna alternativa de vida a nivel colectivo, podría ir acompañada de un aumento de las conductas toxicómanas. Incluso esto habría que demostrarlo.

El ejemplo dramático del Bronx, en una ideología de tolerancia cero, está ahí para recordarnoslo (64). Esquema nº 5.

Si las estrategias basadas sobre la abstinencia, están inducidas por un consenso social y político, estas estrategias, pretendiendo una reducción de riesgos, a través del reconocimiento de la existencia de los toxicómanos, deben obtener el aval de la comunidad.

En efecto, cualquiera que sea su amplitud, las políticas de reducción de riesgos, conducen inevitablemente a abrir el tema del encuadre penal. STRANG (67) tiene razón al decir, que las estrategias no deben servir para introducir una legislación sobre drogas de una forma enmascarada.

Por otro lado, hay que resaltar que cuánto más represiva es la política local o nacional, en la que se instauran movimientos de reducción de riesgos, el principal ejemplo está en los EEUU, estas políticas de reducción de riesgos, se aproximan más a los movimientos que recomiendan la legalización o la distribución controlada de drogas.

En Melbourne, por primera vez desde su creación, el Congreso Mundial Sobre la Reducción de Riesgos, ha invitado a los países en vías de desarrollo- (66). Su ejemplo es significativo, en cuanto a los impedimentos a los que conducen las políticas actuales, cuando intentan modificarse en el sentido de una reducción de riesgos.

Numerosos oradores han señalado, que es imposible proponer a los países en vías de desarrollo, la utilización de la metadona, el desarrollo de amplios programas de intercambio de jeringas y otros métodos preventivos.

Ante tal conflicto, cierto número de expertos, se cuestionan la vuelta a los consumos tradicionales de drogas - hojas de coca masticadas; opio fumado,-métodos de menor riesgo, antiguamente integrados.

Los países en vías de desarrollo, son ejemplos de los riesgos humanos y sanitarios, que hacen correr la estrategia única de represión, instaurada por las agencias internacionales. Sin olvidar, por otro lado, que si los consumos tradicionales, se han ido prohibiendo progresivamente, los países desarrollados no titubean en exportar tabaco, alcohol y medicamentos psicotrópicos, creando una situación sanitaria catastrófica.

Notas

1.- Esencialmente de la heroína. Políticas de reducción de riesgos se desarrollan, igualmente para

la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas y el LSD (Merseyside/RU; Fiollatide).

2.- Carte de Ottawa, OMS, 1986 (promoción de la salud).

3.- Los estudios de seguimiento son numerosos. Su bibliografía no está recogida en este artículo.

4.- La literatura es extensa y es imposible presentarla. Los artículos en las revistas clásicas (BJA), libros, revistas especializadas, aparecidas estos últimos años (International Journal of Drug Policy; Connexions), congresos mundiales (Liverpool, Barcelona, Melbourne..).

5.- Estos ejemplos no son exhaustivos. Para ser más completos, tendríamos que considerar también Australia, algunas grandes ciudades alemanas, una parte de Suiza...

6.- Actualmente debatido para los tres últimos productos.

7.- No hay publicaciones conocidas (constatación empírica en varios cantones).

8.- El termino usado en Melbourne «low intervention», (con poca intervención) parece más correcto.

9.- Emisión de la televisión romana «Tiempo presente» del 12/9/92.