

Plan Nacional sobre el Sida. Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral.

Parras Vázquez, Francisco

Secretario del Plan Nacional sobre el Sida
Ministerio de Sanidad y Consumo

Resumen

En esta exposición se constata como el primer plan estratégico frente al VIH/Sida aprobado en España ha resultado ser positivo en sus resultados, por lo que el Nuevo Plan Multisectorial para el periodo 2001 – 2005 se desarrolla e intenta optimizar dentro de su primera orientación básica reforzando su carácter preventivo y su dimensión multifactorial. En las estrategias de reducción de daños respecto sobre todo a la dispensación de material de inyección estéril y preservativos se ha observado una buena colaboración tanto por parte de los usuarios como de los centros dispensadores y profesionales. Sin embargo en el nuevo Plan se amplía esta estrategia y se completa en el contexto de otras enfermedades transmisibles frecuentes en este grupo de riesgo (usuarios de drogas por vía parenteral). Por último se destaca la necesidad de una coordinación con los sistemas de atención sanitarias en todo el ámbito del Estado en colaboración con este Plan Nacional.

Palabras Clave

Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), Reducción de daños, Venopunción higiénica, Prescripción controlada de Heroína, Detección precoz de infección VIH.

Summary

In this exposition is checked the results of the first strategic plan against VIH/AIDS that was approved in Spain; showing to be positive. For this reason the new Plan for the period 2001-2005 is developed and try to reinforce the polifactorial origin and preventive aspect. These strategies focuses on damages and reactions through giving sterile syringes and preservatives was developed good collaboration among users, professionals and institutions. Nevertheless the new Plan extends its actions to other transmissible illnesses

Correspondencia a:

Fco. Parras Vázquez. Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. C/. Bravo Murillo, 4 - 28015 Madrid. E-mail: aferandezc@msc.es



very frequent in this risk group (parental drugs) Lastly it stands out the necessity of collaboration between National Health Service and this National Plan in all Spain.

Key Words

Intravenous (UDVP); Reductions of troubles, Controlled prescription of Heroine; Early detection AIDS/HIV.

INTRODUCCIÓN

En 1997 se aprobó el primer plan estratégico frente al VIH/SIDA en España¹. Su evaluación ha sido favorable², y este nuevo Plan Multisectorial para el periodo 2001-2005 reconoce los mismos objetivos y los mismos principios rectores que se establecieron en el primero, y construye sobre lo que se ha logrado hasta ahora. Tiene por objeto fundamental asegurar la sostenibilidad de las acciones emprendidas y dar respuesta a las nuevas necesidades derivadas de la evolución de la epidemia. No hay por tanto un cambio de rumbo: la prioridad asignada entonces a la prevención se renueva y la estrategia multisectorial se refuerza.

En la última década hemos visto algunos éxitos en la evolución de las prácticas de riesgo de las personas que se inyectan drogas. No obstante, en España los UDVP como grupo siguen estando expuestos a un elevado riesgo de infección por VIH y hepatitis, y debemos continuar respondiendo a esta circunstancia específicamente nuestra con todas las medidas que demuestren su efectividad. Pero es importante recordar que son las prácticas sexuales de los usuarios de drogas, de sus parejas, y de la población en general las que parece que determinarán el futuro de la epidemia. La sexualidad es sin duda una de las

fuerzas más positivas de la vida. Desde la salud pública, nuestra tarea es asegurarnos de reducir al mínimo los riesgos que ponen en peligro el disfrute de la sexualidad como forma fundamental de expresión humana.

Dadas las particulares características de la epidemia de sida en España, la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas así como la promoción de la salud entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo el elemento nuclear del Plan Nacional sobre el Sida, y la reducción de daños la estrategia de elección. Al igual que en muchas otras enfermedades relacionadas con hábitos o prácticas nocivas para la salud, las medidas pragmáticas orientadas a reducir la morbi-mortalidad asociada que sufren las personas que se inyectan drogas han demostrado reiteradamente ser más efectivas que las intervenciones maximalistas orientadas a erradicar el consumo, no sólo para reducir la transmisión del VIH sino para el propio tratamiento de las toxicomanías, habiendo permitido además crear un entorno favorable para el acceso a los servicios sanitarios y sociales y la reducción de la marginalidad.

Las prácticas de inyección con riesgo de transmisión de VIH y otras enfermedades infecciosas entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) han evolucionado favorablemente en los últimos años. En Espa-



ña, casi todos los inyectores pertenecen al "mundo de la heroína" (han sido o siguen siendo consumidores de heroína), sin que tengamos evidencias empíricas contrastables de que la extensión del consumo de cocaína que se ha producido en España haya conllevado la aparición de nuevos inyectores de sólo esta sustancia. El uso de la inyección como principal vía de administración de esta sustancia ha seguido reduciéndose en España, pasando de un 28% en 1996 a un 19% en 1999 en las personas que demandan tratamiento por su consumo, aunque llama la atención la resistencia al cambio mostrada por algunas áreas geográficas como el área metropolitana de Barcelona o la isla de Mallorca³. Esta disminución de la vía parenteral debida tanto al abandono de ésta como a la adopción más frecuente de vías no parenterales por los nuevos usuarios⁴ es un hecho epidemiológico bien documentado y probablemente uno de los más relevantes para el control de la infección por VIH entre los consumidores de drogas en España⁵. Sin embargo, cada vez existen más indicios de que algunas de las personas que han abandonado la vía parenteral como vía habitual se inyectan de forma esporádica dicha sustancia y quizá incluso más frecuentemente cocaína⁶. Un patrón similar de inyección esporádica, sobre todo de cocaína parece que puede estar produciéndose entre las personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos. Aunque no existen muchas series temporales que permitan afirmarlo con rotundidad, parece evidente que se ha producido una constante disminución en el porcentaje de inyectores que utilizan jeringuillas ya empleadas por otras personas, así como del número de personas con las que se comparte, restringiendo este hábito a personas muy próximas en la red social del usuario,

principalmente la pareja sexual^{7,8}. Sin embargo, algún estudio fuera de nuestro país ha indicado que el beneficio de compartir sólo con la pareja no es tan importante, debido a la gran velocidad con que los consumidores cambian de pareja sexual o red de próximos⁹. Por otra parte, se sabe que la práctica de inyectarse drogas que han sido disueltas en jeringas ya usadas por otras personas está tanto o más extendida que el empleo de jeringuillas usadas por otros. Bastantes consumidores que no comparten jeringuillas realizan esta práctica, cuya prevalencia probablemente esté aumentando¹⁰.

La década final del siglo XX podría definirse en España como la de la generalización de los programas de reducción de riesgos, concretamente de intercambio de jeringuillas y de dispensación de metadona, cuyo mapa de distribución ha cambiado radicalmente en nuestro país. Esta cobertura debe mantenerse y mejorarse intentando que se implementen nuevos programas en áreas geográficas claramente carenciales o que se mejore la accesibilidad de grupos de consumidores insuficientemente cubiertos: consumidores jóvenes, consumidores con un alto grado de marginalidad, etc. La disponibilidad de material de inyección estéril para todos los inyectores y para todas las inyecciones es un elemento que sigue siendo crucial para el control de la epidemia, no sólo del VIH sino también del VHC.

La distribución del material de inyección se debe integrar como una actividad normalizada de todos los centros sanitarios pero, en particular, de aquéllos que atienden a drogodependientes. Las farmacias han sido un buen ejemplo a seguir en este sentido. Se estima que en el año 2000 un 5% participaban en programas de intercambio de



jeringuillas, y la disponibilidad mostrada por los farmacéuticos y los auxiliares¹¹ permitirá incrementar de forma importante el número de puntos dispensadores, por lo que deberá seguirse promoviendo la extensión de estos programas hasta configurar una red de prevención del VIH de amplia cobertura y profesionalidad.

Además, para llegar a las poblaciones de inyectores de difícil acceso es preciso disponer programas de intercambio de jeringuillas más diversificados¹², desarrollando modalidades mecánicas de intercambio, programas que además de la distribución del material estéril, educación sanitaria, promoción de la detección precoz del VIH con *counseling*, y derivación a los recursos sociosanitarios, se adapten a las distintas necesidades básicas y horarios de los usuarios. Las diferentes conductas de riesgo en función del sexo hacen imprescindible la incorporación de la perspectiva de género en los programas. Dado que la magnitud de nuestro problema no tiene mucho parangón entre los países desarrollados, tenemos la obligación de poner en marcha iniciativas innovadoras adecuadas, como salas de venopunción higiénica y programas de prescripción de heroína u otras que seamos capaces de imaginar. Debe por tanto continuar el desarrollo de programas de acercamiento a este colectivo iniciado en los últimos años, con participación de mediadores, principalmente usuarios y exusuarios de drogas, y que incorporen la perspectiva de género. El acercamiento a las poblaciones ocultas de usuarios que no contactan con los servicios existentes sigue siendo un desafío.

Los comportamientos sexuales han evolucionado menos favorablemente en estos años probablemente debido a que se percibe menos el riesgo de infección por relacio-

nes sexuales no protegidas que los riesgos relacionados con la inyección. Dichos comportamientos, en especial con la pareja estable, parecen más difíciles de cambiar. Diversos estudios indican que menos de la mitad de las personas que se inyectan usan el preservativo sistemáticamente en sus relaciones con la pareja estable, constituyéndose un puente para la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual hacia la población drogodependiente no inyectora, y hacia la población general. Aunque se ha realizado un amplio programa de formación de los profesionales de los centros de atención a drogodependientes y talleres para mediadores y usuarios, debe prestarse especial atención a la relevancia de esta vía de transmisión y al impacto en su prevención de las actividades de identificación y tratamiento precoz de otras enfermedades de transmisión sexual. Deben intensificarse las actividades de prevención para las personas infectadas y desarrollar programas específicos para parejas serodiscordantes independientemente de que uno de los miembros de la pareja se inyecte drogas o no. Las normas, las reglas y las costumbres en la conducta heterosexual de los usuarios podrían estar sustentando una cultura que legitima el sexo no protegido como parte importante y significativa de las relaciones, tanto en inyectores como en no inyectores. Por ello, la participación de asociaciones de usuarios en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones dirigidas a este colectivo no solo garantiza el apoyo entre iguales y el acceso a poblaciones ocultas sino que permite mejorar el conocimiento del significado social de las relaciones entre inyectores, imprescindible para diseñar intervenciones preventivas más eficaces.



El análisis de los datos del Registro de casos de sida permite constatar que, en 1997-1999, uno de cada cinco UDVP fue diagnosticado de sida a la vez que de infección por VIH. Este retraso diagnóstico, aunque no tan acentuado como en otros grupos de población, es especialmente inaceptable en aquellas personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas con anterioridad. Debe por tanto sensibilizarse a los profesionales sanitarios de los centros de salud y servicios que atienden a drogodependientes para incrementar la detección precoz de la infección por VIH, así como incrementar la formación y las habilidades de estos profesionales en estrategias para mejorar la adherencia a las medidas de prevención de las personas infectadas. La epidemia del VIH entre las personas que se inyectan drogas debe ser contemplada en el contexto de otras enfermedades transmisibles frecuentes en este grupo de población (tuberculosis, hepatitis B y hepatitis C, otras ETS), siendo en algunos casos similares los métodos de vigilancia y las estrategias de prevención, precisándose por tanto un enfoque más integrado en el desarrollo de políticas e implementación de programas.

Teniendo en cuenta la gran inversión de recursos que los programas de reducción de daño suponen y el tiempo pasado desde su implementación, debe hacerse un esfuerzo importante para evaluar el grado en que los diferentes resultados esperables se han conseguido, así como los aspectos del diseño, de la estructura organizativa o funcional de los programas que son claramente susceptibles de mejora o de adaptación al contexto epidemiológico actual o al que es probable que nos encontremos en los años venideros.

Si queremos conseguir que dentro de 10 años el riesgo de infección de una persona

que realice una práctica de riesgo en España sea equivalente al de la media de los países europeos, nuestra intervención ha de tener una prioridad y unas características diferentes de las de los países de nuestro entorno, tanto en intensidad como en la cobertura y diversidad de las estrategias implementadas.

Todas estas acciones deben desarrollarse necesariamente en coordinación con los sistemas de atención sanitaria, las comunidades autónomas y el Ministerio del Interior: La colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, responsable del tratamiento de los UDVP y, por tanto, de una parte importante de la prevención de la infección por VIH, es esencial.

OBJETIVOS

- Consolidar y afianzar las actividades de reducción de daños existentes, asegurar su sostenibilidad y adaptarlas a las nuevas necesidades.
- Integrar las actividades y programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas, incluyendo prevención de VIH, hepatitis y detección precoz y seguimiento de tuberculosis, en los servicios normalizados de atención a drogodependientes, como parte de una oferta sanitaria integral de calidad.
- Desarrollar programas específicos para los usuarios de drogas de difícil acceso, intensificando la participación de asociaciones de usuarios y promoviendo la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias de acercamiento (servicios de acogida que cubran necesidades básicas, salas de venopunción higiénica, prescripción controlada de heroína).
- Intensificar las actividades de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de infec-



ciones asociadas al consumo de drogas, hepatitis, tuberculosis y ETS, además del VIH, desde los centros y servicios de atención a drogodependientes.

Reforzar las actividades de prevención de la transmisión sexual del VIH, desarrollando programas para parejas serodiscordantes e intensificando las actividades de prevención en los infectados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.** Plan de Movilización Multisectorial frente al sida 1997-2000. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997. <http://www.msc.es/sida>
2. **Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.** Plan de Movilización Multisectorial frente al sida, España 1997-2000: Evaluación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>
3. **Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Madrid, 2001. <http://www.mires/pnd>
4. **De la Fuente, L.; Barrio, G.; Royuela, L.; Bravo, M.J. and the Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration.** The Transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction* 1997; 92:1733-1744.
5. **De la Fuente, L.; Bravo, M.J.; Lew, C.; Barrio, G.; Soriano, V. y Royuela, L.** Prevalencia de infección por VIH y de conductas de riesgo entre los consumidores de heroína de Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de las ventajas de centrar los estudios en los consumidores y no sólo en los inyectores *Med Clin (Barc)* 1999; 111:646-651.
6. **Bravo, M.J.** Comunicación personal de los resultados del proyecto «Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de las prácticas de riesgo para su transmisión en usuarios recientes de programas de intercambio de jeringas en cinco áreas españolas», 2001.
7. **CEESCAT.** Monitoratge de la prevalencia i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Barcelona, 2000.
8. **Bravo, M.J.; Barrio, G.; de la Fuente, L.; Royuela, L.; Colomo, C.; Rodríguez, M.A. y Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la Monitorización de la Infección por el VIH y las prácticas de riesgo en usuarios de drogas inyectables.** Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de prácticas de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españolas. *Rev Clin Esp* 2000; 200:355-59.
9. **Valente, T.W.; Vlahov, D.** Selective risk taking among needle exchange participants: implications for supplemental interventions. *Am J Public Health*. 2001 Mar; 91 (3):406-11.
10. **Bravo, M.J.** Comunicación personal de los resultados del proyecto «Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de las prácticas de riesgo para su transmisión en usuarios recientes de programas de intercambio de jeringas en cinco áreas españolas», 2001.
11. **El programa de prevención del sida y dispensación de metadona en las oficinas de farmacia 1999-2001.** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos/ Ministerio de Sanidad y Consumo/ Ministerio del Interior. Madrid, 2001.
12. **Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas.** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996. <http://www.msc.es/sida>