

6) Utilización de preservativos. Los sujetos entrevistados manifiestan usar habitualmente preservativos en sus relaciones sexuales, aunque la gran mayoría no tiene en la actualidad pareja estable.

Una de las demandas más generalizadas es la gratuidad de los kits, y el establecimiento de programas de intercambio, que hagan más accesible la consecución de material de inyección estéril.

Desde mediados del año 1995 se viene trabajando en la planificación del establecimiento de un programa de estas características. La puesta en marcha del mismo se realizará durante el mes de enero del año 1996. En una primera etapa, el programa se realizará en los locales de los Comités Anti-SIDA de casi todas las ciudades de Galicia y de alguna asociación de ayuda al drogodependiente; también participa alguna unidad de atención al drogodependiente y la Sección Española de la ONG Médicos del Mundo. En una segunda fase, se incorporarán oficinas de farmacia de las ciudades y de las localidades donde se concentra el uso de drogas, fundamentalmente en la costa. Los paquetes que se utilizarán para el intercambio tienen el mismo contenido que los que se comercializan en las farmacias, con la única diferencia de que existen paquetes que contienen el material de inyección por triplicado y paquetes que no contienen preservativos. El protocolo de intercambio consiste en la entrega de un equipo nuevo por una jeringuilla usada, introducida en el contenedor que se proporciona para tal fin. La cantidad máxima a entregar será de nueve equipos. Se recogen unos datos mínimos para permitir el seguimiento y evaluación del programa.

## MR.2.4. Prescripción de heroína. Referentes previos

Ll. San Molina

Servei de Psiquiatria-Toxicomanías.

Hospital Universitari del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Los responsables del abordaje asistencial de pacientes usuarios de drogas se plantean con una frecuencia cada vez mayor la posible utilización de narcóticos en el tratamiento de la población toxicómana. Ésta no es una idea original puesto que ya ha sido probada con anterioridad. Una de las alternativas propuestas para la disminución del consumo de drogas ilegales, de la criminalidad y de las conductas de riesgo asociadas a la adicción a la heroína, ha sido la de facilitar legalmente la heroína a los adictos. En este artículo se revisará la experiencia del Reino Unido en los programas de mantenimiento con heroína (PMH), más conocidos como *British System*, así como otras iniciativas en este sentido, efectuando un examen crítico de sus objetivos y de las poblaciones tributarias.

Uno de los argumentos a favor de la implantación de los programas de sustitución con heroína sería la posible disminución en la demanda de heroína ilegal, de la actividad ilegal relacionada con su consumo y de las conductas de

riesgo entre los usuarios de drogas inyectables (UDI) no atendidos en los programas de tratamiento existentes. Estos amplios objetivos sólo se podrán alcanzar cuando la mayoría de los usuarios de heroína sin contacto con la red de tratamiento se puedan beneficiar de este tipo de programas. Ello significaría facilitar la disponibilidad y accesibilidad de estos programas a través de canales de distribución poco restrictivos y minimizando todo control que pudiera impedir que los usuarios de heroína o aquellos que se inyectan fueran reacios a contactar con los servicios de tratamiento. Si estas premisas no se cumplieran, los objetivos de la sustitución de heroína deberían ser menos ambiciosos y la población candidata se vería reducida a subgrupos tales como pacientes de larga evolución con un marcado deterioro físico o psicológico que han fracasado en otros programas terapéuticos, o jóvenes adictos con una marcada desestructuración social y legal pero con algún tipo de contacto con los centros de tratamiento. Los programas de sustitución con heroína son factibles, al menos en sentido estricto, y pueden representar un abordaje adicional de utilidad en determinados subgrupos de pacientes que requieran un cuidado especial por parte de profesionales expertos. En general, los tratamientos de sustitución sólo tienen sentido enmarcados en un amplio contexto que incluya servicios sanitarios y sociales, estrategias de reducción de riesgos, programas de educación-prevenición y otras medidas encaminadas a evitar la marginación y la estigmatización.

Desde un punto de vista conceptual, es necesario definir qué se entiende por programas de sustitución o mantenimiento con heroína. Aquellos que únicamente ofrecen heroína no pueden definirse realmente como de sustitución y sí como proveedores legales de heroína<sup>1</sup>. De hecho, existen tres vías de implantación de estos programas:

- 1) El mantenimiento con heroína se refiere a los programas de manejo médico de los dependientes de heroína en los que se incluye la prescripción y/o dispensación de heroína de una forma regular.
- 2) El registro de adictos se refiere al sistema que concede un estatus especial de "adicto confirmado", que le permita más tarde recibir una oferta legal. A diferencia del mantenimiento con heroína, no necesariamente implica que la oferta sea facilitada en un contexto clínico.
- 3) La legalización de la heroína hace referencia a los cambios en el sistema legal respecto a la situación de la heroína. Las discusiones acerca de la legalización tienden a ignorar tanto el factor oferta como a confundir legalización con mantenimiento con heroína.

En este trabajo consideraremos que el mantenimiento con heroína se realiza enmarcado en un programa de orientación médico-sanitaria; en este sentido, sería similar a los programas de mantenimiento con metadona. A su vez, bajo el epígrafe "mantenimiento con heroína" se incluyen dos conceptos distintos. Por un lado, los programas que ofrecen heroína como paso inicial de un proceso de tratamiento más prolongado que incluso puede incluir la desintoxicación<sup>2</sup>; en estos casos el término "mantenimiento" puede ser equivoco. Además, la heroína se ofrece como "gancho" para atraer adictos reacios a los programas de tratamiento. El objetivo es que esta oferta legal les permita establecer un estilo de vida más estable y saludable y facilite una situación en la cual los profesionales puedan motivar a los pacientes para, a continuación, transferirlos a medicación por vía oral y posteriormente hacia tratamientos orientados a la abstinencia. El segundo concepto de

mantenimiento con heroína es el del tiempo indefinido (por ejemplo, tanto tiempo como el paciente desee, o tanto como lo permita el programa de tratamiento)<sup>3</sup>.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En los años veinte, el mantenimiento con heroína fue utilizado en varias clínicas de EE.UU. por un corto período de tiempo<sup>4</sup>. Fueron programas que aun en la actualidad son motivo de controversia. Más tarde, a mediados de los años setenta, hubo varias propuestas en el mismo sentido, la mayoría como respuesta al aumento del mercado ilícito y a la criminalidad asociada al consumo de drogas<sup>2,5</sup>, propuestas que nunca llegaron a materializarse.

Entre los años veinte y los cincuenta también existen ejemplos en varios países europeos donde los adictos recibían opiáceos de una forma regular (habitualmente morfina), por parte de los médicos generales. En aquel tiempo, la mayoría de los adictos eran profesionales sanitarios (médicos, comadronas) o pacientes con patología orgánica (incluidos veteranos de guerra). Sin embargo, estos ejemplos no están bien documentados y no se refieren al período más reciente de uso ilícito de drogas que emergió en los años sesenta y setenta. El Reino Unido es el único país que ofrece un buen y documentado ejemplo de mantenimiento con heroína en el marco de la actual epidemia de consumo de drogas<sup>3,6,8</sup>. A lo largo de esta década, el mantenimiento con heroína ha sido uno de los abordajes de la adicción especialmente en los años sesenta y setenta, persistiendo a escala reducida en los años ochenta y conservándose en la actualidad para unos 2.000 adictos.

La aparición del SIDA ha renovado el interés por objetivar la eficacia de los programas de tratamiento a fin de minimizar la difusión de la infección por el VIH entre toxicómanos y a su vez desde este colectivo al resto de la sociedad. Los PMH vuelven a ser un tema de actualidad como respuesta, a las presentes demandas socio-sanitarias. Los nuevos objetivos que se plantean incluyen aumentar la capacidad de atracción y las tasas de retención en tratamiento, con un especial énfasis en los métodos de reducción de riesgos. Teniendo en cuenta la mayor facilidad de acceso a los programas de mantenimiento con metadona por vía oral, relativamente pocos centros de tratamiento se han planteado la prescripción de heroína, y tan solo algunos han optado por la prescripción de metadona inyectable.

Los objetivos principales de los PMH son: a) minimizar la demanda de heroína ilegal, b) atraer y retener al mayor número posible de usuarios de heroína y adictos, y c) minimizar los riesgos de la infección por el VIH. Por último, cabe recordar que, si bien estos programas fueron efectivos en algunas comunidades y enmarcados en un contexto histórico, no necesariamente son extrapolables a otras zonas geográficas, por lo que es necesario contemplar de forma cuidadosa las posibles consecuencias negativas de su implantación<sup>9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hartnoll R. Heroin substitution programmes: a critical analysis. Comunicación personal. Reunión Científica: Opciones terapéuticas con sustitutivos opiáceos. Oviedo, 3-4/XII/1992.
2. Goldstein A. New approaches to the treatment of heroin addiction: STEPS (Sequential Treatment Employing Pharmacological Supports). Arch Gen Psychiatry 1976; 33:353-358.
3. Judson HF. Heroin Addiction in Britain. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1974.

4. Musto D. The American Disease: Origins of Narcotic Control. New Haven: Yale University Press, 1975.

5. Vera Institute of Justice Inc. Heroin Research and Rehabilitation Program, discussion proposal, May 1971.

6. Johnson BD. How much heroin maintenance (containment) in Britain? Int J Addiction 1975; 12:361-398.

7. Stimson GV, Oppenheimer E. Heroin addiction. London: Tavistock, 1982.

8. Strang J. "The British System": past, present and future. Int Rev Psychiatry 1989; 1:109-120.

9. San L. Experiencias controladas de legalización de heroína. Jano 1994; XLVI (1.072):81-86.

## MR.2.5. IDUs and HIV seropositivity among incarcerated men and women in the United States of American

D. Farabee and C. G. Leukefeld

Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky, Lexington, Kentucky (USA).

This presentation summarizes the most current data available regarding injecting drug use and the epidemiology of HIV among the US prison population. It explores the vectors of transmission prior to and during incarceration, the unique treatment opportunities posed by incarceration, and the current challenges to effective program implementation.

## CURRENT PREVALENCE

### HIV/AIDS

Seroprevalence of HIV, the condition leading to AIDS, is considerably higher among US prison and jail populations than among the general US population. As of 1993, 2.4% of Federal and State prison inmates were known to be infected; slightly lower rates (1.8%) were found among local jail inmates. Prevalence varies decidedly by region and gender, with the highest rates found among prisoners in the Northeast (7.4%) and among females (4.2% of females versus 2.5% of males)<sup>1</sup>.

### Injection Drug Use (IDU)

The strong association between injection drug use and HIV seropositivity has drawn increasing attention from the public health sectors. Indeed, by 1993 injection drug use was related to 28% of HIV infections, relative to 12% in 1981<sup>2</sup>. According to a nationally representative sample of US prison inmates, 25% reported injecting drugs (most commonly heroin and/or cocaine) for non-medical purposes at least once in their lifetimes. Twelve per cent of the inmates reported at least one incidence of needle sharing<sup>3</sup>.