

COMENTARIO INVITADO

Uso de drogas y VIH. La revisión de la historia reciente como fundamento de nuevas políticas de prevención

I. Hernández Aguado¹ / I. Ruiz Pérez^{1,2}¹Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández²Centro de Salud Pública de Elche

Correspondencia: Dr. I. Hernández Aguado, Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández Ctra. de Valencia Km. 87, 03550 San Juan de Alicante, E-mail: ihernandez@umh.es

(Drug use and HIV. A review of recent history as a foundation for new prevention policies)

El Ministro de Sanidad y Consumo ha declarado recientemente que el cuidado sanitario del sida cuesta en España 120.000 millones de pesetas (declaraciones recogidas por el diario El País del 5/11/99). Tras esta cifra escalofriante, menor que la esperada según cálculos realizados antes de la introducción de los antirretrovirales¹, hay algo mucho más grave, las innumerables tragedias individuales que el sida ha provocado en España.

Gran parte de la epidemia del Sida en nuestro país, es atribuible a la transmisión del VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Este enorme problema de salud pública es uno de los efectos más evidentes del abanico de consecuencias que conlleva el uso de drogas y sobre todo de las propias políticas establecidas frente a su consumo. La situación actual del sida, y de otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas, han venido a poner de manifiesto uno de los fracasos de la política de salud pública en España²⁻⁴.

No hace mucho, Fee reivindicaba el papel relevante de la historia para el presente y el futuro de la salud pública, tanto por su contribución a un mejor examen y entendimiento de la evolución de los problemas de salud, como por ser una herramienta de análisis crítico de los problemas actuales⁵. El trabajo de Manzanera y colaboradores que se publica en este número de Gaceta Sanitaria⁶, nos permite revisar nuestra historia reciente frente al problema de las drogas y extraer consecuencias útiles que nos pueden permitir perfilar las acciones del futuro. La descripción que realizan sobre lo acontecido en Barcelona, una de las pocas ciudades españolas en las que se ha afrontado el problema de las drogas con objetivos explícitos y de una forma organizada y mantenida en el tiempo, es desde luego oportuna, destacando, además, el esfuerzo de los autores al incluir en la evaluación presentada diversos tipos de indicadores que permiten valorar, no sólo el proce-

so, sino también el efecto del programa en términos de reducción del daño.

El Plan de Acción sobre Drogas (PAD) desarrollado en Barcelona es probablemente el más completo de los que se conocen en España, y pese a su vocación de ser un programa de carácter integral, en la práctica parece que se ha desarrollado aisladamente. Por la descripción ofrecida, se advierten posibles dificultades de coordinación con otras instituciones, ya que no se contextualiza la intervención presentada con otras políticas paralelas que puedan haber incidido en su ámbito de acción. Nos referimos a políticas autonómicas o centrales relacionadas con las drogas o con la prevención de sus daños, ya sean sanitarias o de otros departamentos. No cabe duda de que otras intervenciones, o también la ausencia de ellas, en áreas como la política penitenciaria o las acciones desarrolladas por ONGs, deben haber contribuido a la evolución del problema.

Por otra parte, una iniciativa surge de una determinada percepción de un problema. En el ámbito que nos ocupa, probablemente de otros efectos del consumo de drogas, como son la delincuencia y la marginalidad. A pesar de tratarse de un programa amplio, en términos de las acciones que contempla, no deja de ilustrar la forma más habitual de investigación actual en salud pública, aquella centrada fundamentalmente en los determinantes individuales. Este enfoque condiciona que la respuesta preventiva también se centre en la vertiente individual. Como Krieger señala, en el estudio de un problema deben indagarse las causas últimas del mismo para poder así identificar las respuestas más adecuadas⁷. En el problema que nos ocupa, cuando hablamos de causas últimas, nos referimos no sólo a las de la drogadicción, sino también a las del daño producido por el uso de drogas y a la distribución de esos daños, a cómo la vulnerabilidad social puede explicar la vulnerabilidad al sida y al resto de problemas.

La problemática de las drogas en Barcelona se inició en un determinado contexto social, político, económico y cultural. La evolución del problema no puede aislarse de este contexto, ni de las modificaciones que éste presenta con el paso del tiempo. El conocimiento de este contexto y su evolución hubiese permitido, tal vez, una comprensión más global de lo que ha ocurrido y una evaluación más ajustada de las respuestas dadas.

Entrando ya a considerar las acciones preventivas incluidas en el programa, es evidente que la atención y el tratamiento de los consumidores habituales de drogas es una manera eficaz de prevenir la propagación, no sólo de la infección por VIH, sino de otras infecciones como hepatitis B o C, especialmente cuando se combina con otras acciones dirigidas a personas especialmente expuestas. En general, las medidas preventivas para los UDVP son fundamentalmente los programas de metadona, los programas de intercambio de jeringuillas y la distribución de jeringuillas, todas ellas recogidas en el paradigma de «reducción del daño» ampliamente defendido por países como Holanda, Inglaterra o Australia. Los resultados de los estudios holandeses, por ejemplo, ponen de manifiesto que estas medidas combinadas han sido efectivas, pero no todo lo que hubiesen podido ser si su instauración hubiese sido más temprana en el tiempo, cuando la prevalencia de infección por VIH aun era baja⁸. De hecho, el tiempo ha sido una variable clave en la efectividad alcanzada por las distintas estrategias iniciadas.

Como se recoge en el trabajo de Manzanera y colaboradores, ha existido una falta de consenso en el abordaje del problema de las drogas en nuestro país, y esto ha propiciado una gran descoordinación entre los distintos dispositivos asistenciales con los que puede contactar un usuario de drogas a lo largo de su vida. Esta descoordinación se fundamenta también en la diversidad de autoridades políticas implicadas en el problema. La ausencia de una estructura consolidada de salud pública retrasa la toma de decisiones para problemas emergentes, dando lugar a respuestas tardías como ocurrió con la infección por VIH. Aunque la fragilidad y fragmentación de los servicios de salud pública no deben emplearse como coartada para justificar estas situaciones, se ha apuntado la necesidad de que todo el dispositivo sanitario sea dirigido por una autoridad única que, desde una visión de salud pública, coordine las acciones destinadas a la mejora de la salud de la población⁹.

También habría que considerar si la falta de esa estructura unitaria podría explicar por sí misma las dificultades observadas en la implantación y desarrollo de alternativas terapéuticas y programas preventivos novedosos en nuestro país, o si las causas subyacentes a estas dificultades deberían ser analizadas desde un punto de vista más cultural y sociológico.

Llama la atención que en el programa que nos ocupa, iniciado en 1987, las primeras acciones planteadas son fundamentalmente asistenciales y hasta 1991 no se pone en marcha el primer Programa de Intercambio de Jeringas. Es evidente que, prácticamente en todos los países, han existido trabas a la prevención desde ámbitos sanitarios, políticos y religiosos¹⁰. Los inicios de los Programas de Intercambio de Jeringuillas han estado caracterizados por un claro conflicto entre los grupos de afectados y ONGs por una parte, y los organismos oficiales que se han opuesto, ideológicamente, a introducir medidas consideradas como permisivas en cuanto al uso de drogas consideradas ilegales. Pero también podríamos considerar, si un cierto grado de autocensura en los profesionales de la salud pública puede haber impedido que se hayan planteado y defendido acciones preventivas innovadoras más precoces en el tiempo.

El debate sobre el fracaso de la salud pública frente al problema de las drogas ilegales y sus efectos en la salud, continúa y continuará mientras, como ha ocurrido recientemente, se paralicen iniciativas sanitarias «distintas» para abordar el problema de la drogadicción y de la infección por VIH¹¹.

A pesar de que tanto la prevalencia como la incidencia continúan siendo más elevadas en España que en otros países europeos, la evolución de la epidemia en los últimos 10 años muestra un claro descenso de la frecuencia de infección por VIH en los UDVP¹². Parece evidente que las tendencias decrecientes observadas, pueden deberse en parte a las propias intervenciones realizadas, pero existen otros factores, de más difícil evaluación, que han tenido también su influencia. En la Comunidad Valenciana, donde los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) se iniciaron tardíamente (en comparación con Barcelona), la prevalencia de infección por VIH bajó del 59,8% en 1987 al 36,8% en 1996¹³. En Amsterdam el descenso de la infección por VIH, se observó tanto en los sujetos incluidos en los programas de mantenimiento de metadona, como fuera de ellos¹⁴. Esto no obvia el hecho de que, cuando se consideran determinadas medidas de proceso, como la tasa de adherencia a los programas de metadona o el número de jeringuillas distribuidas, se deba concluir que con seguridad estas intervenciones están teniendo un efecto.

Así, los cambios asistenciales que se inician en Barcelona en 1987 no permiten explicar por sí solos las tendencias decrecientes observadas, tanto en la infección por VIH como en el consumo de heroína. De hecho, según los datos ofrecidos por Manzanera, durante el trienio 1995-1997 la cobertura de los Programas de Mantenimiento de Metadona fue sólo del 18,6%. Como señalan los autores, otros factores concomitantes al PAD pueden haber tenido su influencia. Sin embargo, la evolución de otros indicadores, como el vo-

lumen de equipos con jeringas estériles distribuidas o la disminución en la frecuencia de pacientes UDVP con tuberculosis que no cumplen con el tratamiento prescrito, hablan de efectos indudablemente beneficiosos.

Es incuestionable que, paralelamente al descenso de la frecuencia de infección entre los UDVP, se está detectando un aumento de la frecuencia de infección por VIH en heterosexuales y en mujeres, como consecuencia del incremento de la transmisión sexual. Esto no implica dejar de considerar el riesgo que conlleva el uso de sustancias tóxicas. El consumo de cualquier droga en general, y el de alcohol en particular, puede influenciar el comportamiento sexual, como tener relaciones sexuales no planificadas y sin protección¹⁵. Así, en un estudio reciente, el 37% de los sujetos consumidores habituales de drogas que tenían anticuerpos frente al virus, no eran usuarios de drogas por vía parenteral¹⁶.

El incremento de la infección por VIH en la mujer no se explica por las conductas de riesgo tradicionalmente estudiadas sino por el mayor número de parejas habituales que tienen las mujeres usuarias de drogas, siendo estas parejas con mayor frecuencia UDVP y con estado serológico positivo. Esto indica que existen unos determinados patrones de comportamiento sexual que favorecen que la mujer UDVP tenga, en el futuro, un mayor riesgo de infección¹⁷. Estos patrones no son individuales sino de carácter social. Las desigualdades sociales que dificultan el acceso a la igualdad de empleo, la dependencia económica, la pérdida de apoyo, los conflictos con la pareja y la amenaza de la violencia, afectan a la capacidad individual de la mujer

para reducir sus conductas de riesgo en relación con la infección por VIH¹⁸.

En este y otros casos, las conductas de riesgo individual no son coincidentes con las poblacionales. Esto explicaría el fracaso de las medidas preventivas centradas en el individuo, y hace necesario que nos planteemos abordar estos problemas desde patrones de comportamientos poblacionales¹⁹.

La experiencia llevada a cabo en Barcelona refleja el esfuerzo y la voluntad política de una ciudad por desarrollar un programa que aunase tanto los aspectos preventivos como curativos de un problema de salud de tanta importancia como la drogadicción. Para ello ha sido necesario ir modificando la oferta asistencial de forma progresiva hasta llegar a la situación actual.

El cambio en la oferta asistencial se debe producir como respuesta a los cambios observados en los usuarios de los dispositivos asistenciales. En España se está produciendo un cambio en el patrón de consumo de drogas²⁰, lo cual conlleva una modificación de las prácticas de riesgo para la infección por VIH y otras infecciones de transmisión hematológica y, previsiblemente, modificaciones en el perfil de las enfermedades asociadas. Sería deseable que las ofertas asistenciales se fueran adecuando a este nuevo escenario para permitir poner en marcha, de forma precoz, nuevas acciones preventivas.

Agradecimientos

A Manolo Arranz, responsable de la biblioteca del IVESP, por la revisión del manuscrito.

Bibliografía

1. Antoñanzas F, Antón F, Juárez C. Cálculo de los costes de sida en España mediante técnicas de simulación. *Med Clin (Barc)* 1995;104:568-72.
2. Alvarez-Dardet C, Hernandez-Aguado. AIDS in Spain: lessons from a public health disaster. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48:331-2.
3. Zunzunegui MV. Sida y Salud Pública en España. *Gac Sanit* 1994;8:1-2.
4. De la Fuente Hoz L, Barrio Anta G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gac Sanit* 1996;10:255-60.
5. Fee E. Why history?. *Am J Public Health* 1997;87:1763-4.
6. Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbi JR. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral. *Gac Sanit* 2000;14: 58-66.
7. Krieger N, Zierler S. The need for epidemiology theory. *Epidemiology* 1997;8:212-3.
8. Van Ameijden EJC. Evaluation of AIDS-prevention measures among drug users: the Amsterdam experience. Wageningen: Ponsen Looijen BV; 1994.

9. Fielding JE. Public Health in the twentieth century: advances and changeless. *Annu Rev Public Health* 1999; 20: 13-30.
10. Bayer R. Science, politics and AIDS prevention policy. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997;14 Suppl 2: S22-9.
11. Zunzunegui MV y equipo PEPSA. ¿Es la prescripción médica de heroína una opción de tratamiento para la adicción a la heroína? *Med Clin (Barc)* 1999;113:219-21.
12. Rebagliato M, Aviñó MJ, Hernandez-Aguado I et al. Trends in incidence and prevalence of HIV-1 infection in intravenous drug users in Valencia, Spain. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1995;8: 297-301.
13. Hernandez-Aguado I, Aviñó MJ, Perez-Hoyos S et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parental drug users: evolution of the epidemic over 10 years. *Int J Epidemiol* 1999;28: 335-40.
14. Van Ameijden EJC, van den Hoek JAR, Coutinho RA. Injecting risk behaviour among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to AIDS prevention programs. *Am J Public Health* 1994;84:275-81.
15. Castilla J, Barrio G, Belza MJ, de la Fuente L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. *Drug Alcohol Depend* 1999;56: 47-53.

16. Samet JH, Mulvey KP, Zaremba N, Plough A. HIV testing in substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25:269-80.
17. Whelan D, Mahathir M, Homans H. Report Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes. Women, young people and infants. Geneva: UNAIDS/WHO; 1999.
18. Dolezal C, Ehrhardt A, Meyer-Bahlburg H, Liu X, et al. Sexual risk behaviour changes among HIV+ and HIV- female injecting drug users over 4 years. *Women Health* 1998;27:1-17
19. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Am J Public Health* 1996;86:678-83.
20. de la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, Vicente J, Luna JD. Declining prevalence of injection as main route of administration among heroin users treated in Spain, 1991-1993. *Eur J Public Health* 1997; 7:421-6.
-