

 **Editorial**

SIDA y drogodependencias

Carmen Sanchís Piñol y Rafael Nájera Morrondo

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

“La penalización de los consumidores de drogas ilícitas está fomentando la epidemia de VIH con consecuencias sociales y de salud, tremendamente negativas. Se necesita una completa reorientación de la política”.

Estas frases constituyen la esencia de la “Declaración de Viena”, que se lanzó pocas semanas antes de la XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA¹, celebrada en Viena durante los días 18 a 23 de julio de este año. La declaración constata el fracaso de la política de “Guerra contra las drogas” lanzada por Naciones Unidas hace 12 años con el objetivo ambicioso y a la vez ilusorio de conseguir un mundo libre de drogas.

En la “Declaración” se enumeran las consecuencias dañinas que esa política represora ha jugado en el estímulo de las epidemias de VIH en usuarios de drogas a los que se les niega el acceso a agujas esterilizadas y tratamientos de sustitución, en especial en instituciones penitenciarias, se les aleja de los sistemas sanitarios por la penalización y se

¹ <http://www.ladeclaraciondeviena.com/la-declaracion-acuten.html>.

— Correspondencia a: _____
Rafael Nájera
Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III
C/ Sinesio Delgado, 8
28029 Madrid
Email: rafael.najera@isciii.es

les recluye, aumentando la superpoblación en las prisiones y, por tanto, los riesgos, se les estigmatiza, se les violan sus derechos humanos y se estimula un mercado ilícito masivo que conduce a la violencia, el crimen y la corrupción, y todo ello financiado con un enorme presupuesto que carga a los contribuyentes con una carga económica que se malgasta, sin aportar ninguna eficacia.

Algunos datos epidemiológicos

Según el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA), se estima que existían en el mundo, en el año 2008, 34,4 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, se infectaron 2,7 millones y 2 millones murieron por esta causa, con lo que las variaciones en la incidencia junto con la mortalidad están provocando una estabilización de la prevalencia mundial del VIH (infectados/millón de habitantes) que se estima en 0,8 para el grupo de edad de 15 a 49 años².

² <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIV-Data/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>. UNAIDS. AIDS Epidemic Update 2009.

Se estima que existen en el mundo 11,6 millones de usuarios de drogas por vía intravenosa (UDIs), 80% de ellos en el mundo en vías de desarrollo o en países en transición, distribuidos: 4,85 en Asia del Sur y del Este y en el Sudeste asiático, 2,9 en Rusia, Europa del Este y Asia Central, 1,6 en América del Norte, 1,1 en Europa Occidental, 523.000 en el Próximo Oriente y África del Norte, 390.000 en América del Sur, 113.000 en Oceanía, 81.500 en África sub-sahariana y 23.000 en los países del Caribe. De ellos, las tasas de infección por VIH varían considerablemente, alcanzando los valores más altos en Europa del Este y Asia Central: Rusia 83%, Kirguistán 75%, Kazakstán 73,6 y Ucrania 64,1 y en el Sudeste Asiático, Malasia 72%, Indonesia 54%, Vietnam 52% y China 44,3%.

Marginación de los UDIs y sus consecuencias

Conviene destacar que los UDIs constituyen la población más marginalizada de todos los infectados por VIH³. Así, sólo el 16% de los países tienen legislación o regulaciones que los protejan de la discriminación, frente a un 21% y 26% respectivamente con respecto a prostitución u hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La inyección de drogas es ilegal en la mayor parte de los países del mundo, dificultando extraordinariamente su acceso al sistema sanitario o a material de inyección estéril. En Manipur, Chakrapani (2009)⁴, recoge el comentario de un UDVP:

3 *Injecting drugs, drug users, HIV and AIDS.*
<http://www.avert.org/injecting.htm>

4 Chakrapani, V.Kh., Kumar, Kh.J. *Drug control policies and HIV Prevention among injecting drug users in Imphal. India, from International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute (2009, march).* Citado en nota 3.

“cuando nos inyectamos drogas tenemos que hacerlo con rapidez. La policía puede llegar en cualquier momento. Por eso... no nos importa compartir agujas con otros”.

Aún en países como Canadá, las intervenciones policiales frente a la droga hacen decrecer la efectividad de los programas de intercambio de jeringuillas en locales autorizados para ello, estando documentado en Vancouver su reducción en un 30%. En un estudio reciente realizado en Barcelona⁵, se vio que el 17,7% de los participantes recibió jeringuillas usadas y el 13,3% las dio. El 74,8% recibió o dio la droga disuelta en una jeringuilla (front-blackloading) y el 77,9% compartió otro material, siendo la prevalencia de infección por el VIH del 57,7%.

Uso del crack y su importancia

El uso de crack, que es normalmente fumado, no presenta riesgo de infección por VIH, pero produce con frecuencia quemaduras, ampollas y heridas en los labios por el calor intenso que se desprende de los primitivos artilugios usados para fumarlo, lo cual puede conducir a infecciones por VIH y Hepatitis C (VHC). Por otra parte, el sexo oral puede también ser en estos casos fuente de infección. También se ha documentado que estos usuarios, con frecuencia, no siguen las prácticas de sexo seguro. Las usuarias de crack o de crack además de inyectarse, se prostituyen con mayor frecuencia que las que sólo se inyectan, 54% frente al 29%, según estudios realizados en Florida, en el que concluyen que “fumar

5 Folch, C., Meroño, M. y Casabona, J. *Factores asociados a la práctica de compartir jeringuillas usadas entre usuarios de droga por vía parenteral reclutados en la calle. Medicina Clínica, 2006; 127:526-532.*



crack representa mayor riesgo de transmisión de VIH que la inyección de drogas"⁶.

La droga por sí sola representa un alto riesgo de infección por VIH, pero es que además con gran frecuencia se asocia con la prostitución, con lo cual el riesgo aumenta considerablemente y son doblemente marginados. Entre los factores interrelacionados se encuentran: falta de casa, entorno familiar inestable, problemas socio-económicos, falta de escolarización, falta de programas dependientes de la autoridad local y falta de estima y confianza en uno mismo⁷. Se ha comprobado que los niveles de infección en prostitutas aumentan cuando la epidemia entre UDIs alcanza niveles significativos.

VIH y Hepatitis C. Coinfección

Por otra parte hay que considerar que la transmisión sanguínea del VIH va acompañada en muchas ocasiones por la infección debida al VHC, otro de los grandes problemas a los que se enfrentan los UDIs. La infección por VHC en UDIs es extremadamente alta, llegando en algunos estudios al 95% y la coinfección por ambos virus es muy frecuente, evaluándose entre el 50 y el 90% siendo una de las causas más frecuentes de enfermedad hepática crónica e instaurándose el daño hepático con mayor rapidez en las personas infectadas por el VIH, especialmente en aquéllos con menos de 200 CD4+. Por otra parte, los co-infectados son más propensos a sufrir depresiones,

6 McCoy, C.B. et al. *Injection drug use and crack cocaine smoking: independent and dual risk behaviors for HIV injection. Annals of Epidemiology, 2004; 14:8. Citado en nota 3.*

7 Tiggey May and Gillian Hunter. *Sex work and problem drug use in the UK: the links, problems and possible solutions. En Sex Work Now, eds. Rosie Campbell and Maggie = Neill, Willan Publishing, 2006. Citado en nota 3.*

síntoma de la infección por VHC, lo que suele conllevar una peor adherencia al tratamiento, a la vez que suelen mostrar una carga viral de VHC más alta, con lo que el tratamiento suele ser menos efectivo.

Transmisibilidad del VHC y persistencia del virus en jeringuillas

La probabilidad de transmisión del VHC por exposición a una jeringa contaminada es de 5 a 20 veces más alta que la transmisión de VIH, lo que se atribuye a una infectividad más alta del VHC. Muy recientemente⁸ se ha constatado que el VHC sobrevive en las jeringas contaminadas durante 63 días si se encuentra en volúmenes altos, lo que apoya la hipótesis que la alta transmisión del VHC entre UDIs sea en parte debida a la capacidad del virus para mantenerse viable en las jeringas contaminadas durante períodos prolongados de tiempo. La viabilidad del virus depende del tipo de jeringa; así, las agujas separables (pueden albergar volúmenes más altos) serían con mucho mejores vehículos de transmisión. A través de estudios experimentales se ha visto claramente que la eficacia de infección se relaciona con la carga viral y el volumen de inóculo. Por tanto, el uso de jeringas que guardan menos volumen residual, como las de insulina, de aguja fija, disminuirían el riesgo de transmisión. Ello ha hecho que en EE.UU. las farmacias no vendan jeringas de insulina con aguja separable. La reducción del riesgo de transmisión del VHC, comparativamente entre el uso de uno u otro tipo de jeringas, lo han comparado con la reducción del riesgo de transmisión de VIH que se produce por la

8 Painsil, E., He, H., Peters, Ch., Lindenbach, B.D. and Heimer, R. *Survival of Hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users. J.Inf.Dis., 2010; 202:984-990.*

práctica de la circuncisión o el uso de la terapia antirretroviral⁹.

Estos mismos autores resaltan el hecho de que los programas de reducción del daño, han reducido de forma eficaz la incidencia de VIH entre los UDIs, pero no la de VHC. Los programas de intercambio de jeringuillas que han tenido éxito, han reducido el tiempo de circulación de las jeringas usadas, desde 23,5 días a menos de 3 días, pero de acuerdo a los estudios citados de viabilidad del virus en las jeringuillas, todavía sería viable el VHC en ellas, pudiendo producirse la transmisión y por tanto la falta de reducción de la incidencia del VHC.

El problema del VIH en UDIs en la Europa del Este

Según el informe de ONUSIDA de diciembre de 2009, la prevalencia en estos países ha aumentado un 66% desde 2001 y "la Europa del Este y Asia Central constituyen la única región donde la prevalencia se mantiene en aumento".

La revista *Science* en 1991 decía "¿Por qué el SIDA, prácticamente no existe en la Unión Soviética?"¹⁰, no pudiendo dar una contestación adecuada. Una década más tarde, el VIH se había extendido por toda la Europa del Este y el Asia Central. Hoy, la región alberga 1,5 millones de personas infectadas y la tasa de difusión se mantiene desalentadoramente alta.

9 Hallett, T.B., Singh, K., Smith, J.A., White, R.G., Abu-Raddad, L.J. and Garnett, G.P. *Understanding the impact of male circumcision interventions on the spread of HIV in southern Africa. PLoS One*, 2008;3:e2212.

Cohen, M.S., Hellman, N., Levy, J.A., De Cock, K. and Lange, J. *The spread, treatment and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic. J.Clin.Invest*, 2008; 118:1244-1254.

10 *Science. Special Section. Colección de 8 artículos sobre HIV/AIDS: Eastern Europe. Science*, 2010; 329:159-172. 9 July 2010.

La causa de este espectacular aumento es el uso compartido de agujas y jeringas entre los UDIs, pero, a pesar de ello, el gobierno ruso ha rechazado la implantación de programas de "reducción del daño", tales como el intercambio de jeringuillas o el uso de metadona. Alexey Bobrik, Director del Open Health Institute en Moscú, afirmó: "es un problema de salud pública, pero no es una prioridad". Ante esa realidad, se piensa que desde una epidemia concentrada en UDIs se pueda pasar a una generalización en la sociedad ya que la prevalencia ha descendido y por primera vez la transmisión sexual ha sobrepasado al producido en UDIs. Esto puede indicar que se ha alcanzado una saturación en los UDIs y de ahí está pasando a la población general a través de la transmisión sexual.

En cuanto a tratamiento, se estima que en diciembre de 2009, lo recibían 66.000 pacientes, sólo un 22% de aquellos que más lo necesitan, la mitad que en los países del África Sub-sahariana. Según el psicólogo Alla Shabolta de San Petesburgo, "muchos UDIs no perciben que necesitan tratamiento y cuidados con urgencia y piensan que la terapia antirretroviral es peligrosa". Muchos médicos piensan que los UDIs no cumplen el tratamiento y dicen a los pacientes que "no pueden empezar el tratamiento hasta que no dejen la droga". Existe un enorme estigma frente a los UDIs: "nunca han sido considerados como personas normales que precisen tratamiento, son considerados como criminales que deben morir". Algunos médicos afirman que dar a un heroinómano, metadona es "como tratar a un alcohólico con alcohol" y que proporcionar jeringuillas es "estimular el uso de drogas". En Ucrania, unas pocas clínicas distribuyen metadona, pero de 440.000 VIH positivos la reciben sólo 5.000 UDIs. El Dr. Konstantin Lezhentsev dice: "no es un problema", "es una tragedia".



A pesar de todo, una serie de ONGs luchan por mejorar la situación habiéndose constituido en una federación, "GLOBUS" (Global Efforts Against HIV/AIDS in Russia) que está fundamentalmente financiada por el Fondo Global frente a la Malaria, Tuberculosis y el SIDA, ha llegado a ser uno de los programas de mayor éxito en el mundo, desde el comienzo del Fondo Global. Otras ONGs, como "The Way Home" y Health Right, ayudan a jóvenes de la calle, abandonados, sin alojamiento y discriminados, generalmente UDIs y VIH+ (27%), mediante ayudas internacionales. Dicen "si el gobierno no hace gran cosa por las personas normales, ¿cómo pueden pensar en programas para los marginados?".

Trabajos de epidemiología molecular de nuestro grupo¹¹ indican que la epidemia de VIH en la antigua Unión Soviética es más compleja de lo que se había descrito hasta el momento, dominada por una variante A relativamente homogénea, de origen reciente y que se

propagó por una gran extensión. Realmente la variante del virus que actualmente se está difundiendo en la antigua Unión Soviética entre los UDIs, deriva de una cepa más antigua, propagada por contacto heterosexual en Ucrania del Sur y que se originó en África Central. Tras su introducción en la población UDIs se dividió en distintos linajes, dando origen a diferentes virus recombinantes.

La situación en España

En España se mantiene una tendencia descendente en el grupo de UDIs y exUDIs, con una disminución del 28%¹². El número total de casos en UDIs fue de 47.852 a 30 de junio de 2009, lo cual supone el 61,4% de los 77.953 casos acumulados de SIDA, declarados. El grupo etario más afectado es el de 30-34 años, tanto en hombres como en mujeres y el grupo de edad más temprana el de los 13-14 años, siendo el porcentaje de mujeres, del 18,8%. El porcentaje de UDIs con respecto al total de casos de SIDA ha variado en el conjunto del Estado, desde el 69,7% del año 1990 al 34,4% del año 2008.

La Comunidad Autónoma con mayor número de casos acumulados es Madrid, 18.528, de ellos 11.889 UDIs, seguida de Cataluña, 16.043 y 8.655, Andalucía 11.107 y 7.690 respectivamente. Las CC.AA. con menos casos son La Rioja, 514 y 340 UDIs y Cantabria, 665 con 444 UDIs. El porcentaje de UDIs en España, sobre el total de casos supone hoy un 61,4% y por CC.AA. la que muestra un porcentaje más alto es el País Vasco, 71,1%, seguido de Andalucía, 69,2% y Extremadura, 68,5% y los que muestran un porcentaje más

11 Thomson, M., Vázquez de Parga, E., Vinogradova, A. et al. New insights into the origin of the HIV type 1, subtype A epidemic in former Soviet Union's countries derived from sequence analysis of preepidemicallly transmitted viruses. *AIDS Res.Hum.Retroviruses*, 2007; 23:1599-1604.

Vázquez de Parga, E., Rakhmanova, A., Pérez-Alvarez, L. et al. Analysis of drug resistance-associated mutations in treatment-naïve individuals infected with different genetic forms of HIV-1 circulating in countries of the former Soviet Union. *J.med.Virol.*, 2005; 77:337-344.

Thomson, M., Vinogradova, A., Delgado, E., Rakhmanova, A., Yakovlev, A., Cuevas, M., Muñoz, M., Píñilla, M., Vega, Y., Pérez-Alvarez, L., Osmanov, S. and Nájera, R. Molecular Epidemiology of HIV-1 in St. Petersburg, Russia: Predominance of Subtype A, former Soviet Union variant, and identification of intrasubtype subclusters. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 51:332-339.

Thomson, M. and Nájera, R. Increasing HIV-1 Genetic diversity in Europe. Editorial Commentary. *J.Inf. Dis.*, 2007; 196:1120-1124.

12 Registro Nacional de casos de SIDA. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Actualización a 30 de junio de 2009. Informe semestral nº 1, 2009.

bajo son Canarias, 35,1%, Baleares, 49,6%, Murcia, 53,8% y Cataluña, 53,9%.

Respecto a los casos de SIDA diagnosticados en 2008, último año con declaración completa, por primera vez desde el comienzo de la epidemia, el porcentaje de casos en UDIs, 34,4%, es sobrepasado por los de transmisión heterosexual, 34,9%, tendencia que probablemente se consolide a medida que disminuyan los primeros y aumenten los segundos.

CONCLUSIÓN

En conclusión, podemos ver que los UDIs están disminuyendo en la mayor parte de los países de Europa, entre ellos España, y que su importancia relativa disminuye a medida que va aumentando la transmisión heterosexual. Sin embargo, quedan todavía muchos países donde sufren una discriminación brutal y donde si como en Europa del Este, suponen la mayor parte de los casos de VIH/SIDA, el problema adquiere proporciones dantescas, como ha sido recientemente revisado en *Science*. Los programas de reducción del daño, actualizados en cada momento son el arma más importante en la lucha contra el VIH/SIDA en UDIs y su potenciación y estímulo son fundamentales en todo programa de Salud Pública.

Hay que prestar especial atención a los problemas derivados de la transmisión por vía sanguínea del Virus de la Hepatitis C y al problema creciente de la coinfección en este grupo.