



Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones

Marina Bosque-Prous y María Teresa Brugal*

Agencia de Salut Pública de Barcelona, Barcelona; Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona; Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de febrero de 2016

Aceptado el 21 de abril de 2016

Palabras clave:

Reducción de daños

Abuso de sustancias

Centros de tratamiento de abuso de sustancias

Políticas

Tratamiento de sustitución de opiáceos

Programa de intercambio de jeringuillas

Sobredosis

R E S U M E N

Se conoce como reducción de daños al conjunto de políticas, programas e intervenciones destinadas a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de drogas legales o ilegales ocasiona sobre la salud del individuo o a la sociedad. La reducción de daños se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respeten y protejan los derechos humanos de este colectivo. Las políticas de reducción de daños que han mostrado ser efectivas y eficientes son los tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona), los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de consumo supervisado y la prevención de sobredosis mediante iguales. Para que estas políticas sean eficaces, tienen que tener una amplia cobertura y llevarse a cabo en los ámbitos y zonas donde podemos hallar a la población diana. La oposición ciudadana a la implantación de estas políticas se conoce como fenómeno NIMBY (del inglés *Not In My Back Yard*) y se caracteriza por estar en contra de la instalación de recursos en un lugar determinado, aunque no pone en entredicho su utilidad. Debido a que cualquier fenómeno NIMBY es un fenómeno social, cultural y político complejo, es importante realizar un análisis en profundidad de la situación antes de implantar cualquier recurso de este tipo. Es preciso ampliar las políticas de reducción de daños a otras sustancias como el alcohol y el tabaco, y a otras enfermedades distintas a las infecto-contagiosas y la sobredosis.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Harm reduction interventions in drug users: current situation and recommendations

A B S T R A C T

Harm reduction encompasses interventions, programmes and policies that seek to reduce the negative consequences of the consumption of both legal and illegal drugs on the individual and public health. Harm reduction looks to mitigate the harm suffered by drug users through drug use monitoring and prevention, and promotes initiatives that respect and protect the human rights of this population. The harm reduction policies that have proven effective and efficient are: opioid substitution maintenance therapy (methadone); needle and syringe exchange programmes; supervised drug consumption rooms; and overdose prevention through peer-based naloxone distribution. In order to be effective, these policies must have comprehensive coverage and be implemented in areas where the target population is prevalent. Resident-based opposition to the implementation of these policies is known as the NIMBY (Not In My Back Yard) phenomenon, which is characterised by being against the implementation of new measures in a particular place, but does not question their usefulness. Given that any NIMBY phenomenon is a complex social, cultural and political phenomenon, it is important to conduct a thorough analysis of the situation prior to implementing any of these measures. Harm reduction policies must be extended to other substances such as alcohol and tobacco, as well as to other conditions beyond infectious/contagious diseases and overdose.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Harm reduction

Substance abuse

Substance abuse treatment centres

Policies

Opiate substitution treatment

Needle-exchange programmes

Overdose

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: tbrugal@aspb.cat (M.T. Brugal).

Puntos clave

- Las intervenciones de reducción de daños para usuarios de drogas por vía parenteral deberían ser ampliamente accesibles.
- Las diferentes intervenciones de reducción de daños deberían implantarse de manera conjunta para minimizar los daños asociados al consumo de drogas. Es importante acompañar estas intervenciones con medidas de prevención de la transmisión de infecciones por otras vías (p. ej. distribución de preservativos), así como con programas de vacunación.
- El mayor impacto de las salas de consumo supervisado se obtendría con un consenso político sobre la necesidad de incluirlas como parte de una estrategia integral de reducción de daños.
- Habría que ampliar y mejorar el acceso a material de inyección estéril en prisiones, atención primaria de salud y farmacias para hacer sostenibles y eficientes los programas de reducción de daños.
- Deben aumentar sustancialmente los recursos y los programas destinados a minimizar los daños producidos por el consumo de otras sustancias.

Políticas de reducción de daños: intervenciones, cobertura y efectividad

El consumo de drogas por vía parenteral se ha descrito en 158 países o regiones⁹, y se estima que existen 15,9 millones de personas que se inyectan drogas en el mundo¹⁰. Las políticas de reducción de daños se han centrado en este colectivo, y en los últimos 30 años se han desarrollado diferentes políticas que han sido implantadas en distinto grado y con diversa cobertura alrededor del mundo.

A continuación se describen brevemente las principales políticas de reducción de daños en PID que se han llevado a cabo en diferentes países y regiones, así como su disponibilidad. Además, se revisa la evidencia existente respecto a la efectividad de cada intervención sobre los comportamientos de riesgo para la salud, la morbilidad y la mortalidad, por un lado, y el impacto sobre el entorno en cuanto a delincuencia, riesgos existentes en las zonas de venta y consumo de drogas, por otro.

Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

La prescripción de agonistas opiáceos, principalmente metadona y buprenorfina, como tratamiento de la adicción a opiáceos ha sido ampliamente estudiada desde que Dole y Nyswander¹¹ utilizaran por primera vez la metadona en 1965 y observaran su eficacia y seguridad para reducir el síndrome de abstinencia y el *craving* (ansiedad por consumir una determinada sustancia). En 2014, 80 países y regiones habían implantado el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos¹². Se ha estimado que en los países europeos (a excepción de los de Europa del Este) 61 de cada 100 PID están recibiendo tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos¹³. Asimismo, a la alta cobertura de estos programas se une el gran número de centros dispensadores (cárcel, comunidad, etc.), siendo Europa Occidental la región con más oferta de reducción de daños del mundo¹².

Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos son efectivos en la reducción del consumo de opiáceos, en el aumento de la adherencia a los programas y en la disminución de los problemas asociados al consumo de drogas ilícitas^{14–16}. Hay una fuerte evidencia de que el tratamiento con agonistas opiáceos reduce los comportamientos de riesgo de infección por VIH y por el virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) relacionados con el consumo de drogas (reduce la frecuencia de inyección y del uso compartido de jeringuillas y de otro material de inyección)¹⁵. Se han observado menores tasas de mortalidad por causa natural y por sobredosis en los usuarios que forman parte de un programa de mantenimiento con metadona respecto a los que no asisten al programa¹⁷. Por otro lado, el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos se ha descrito como un elemento clave para reducir los problemas sanitarios, sociales y judiciales asociados al consumo de heroína^{18,19}.

Programas de intercambio de jeringuillas

Los programas de intercambio de jeringuillas consisten en la distribución de material estéril para la inyección (habitualmente jeringuillas y otra parafernalia, como filtros, agua destilada, etc.). Puede ser en puntos fijos especializados, como centros de atención primaria de salud, farmacias, prisiones y máquinas expendedoras, o en dispositivos móviles, como furgonetas de intercambio o agentes de salud. En 2014, 90 países y regiones habían implantado este programa con diferentes grados de cobertura. En muchos países, la cantidad de dispositivos existentes no es suficiente para lograr una cobertura que permita estabilizar las epidemias de VIH y VHC en las PID¹². De hecho, se ha estimado que en Europa solo el 17% de las PID han accedido a programas de intercambio de jeringuillas al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, recibiendo

Introducción

El concepto «reducción de daños» puede definirse como el conjunto de políticas, programas e intervenciones destinados a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales¹ ocasiona sobre la salud del individuo o a la sociedad. Estas políticas se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. La reducción de daños se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales².

Las primeras acciones de reducción de daños se remontan a inicios del siglo xx¹. Sin embargo, no fue hasta 1973 cuando el comité de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud recomendó las políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y de sus consecuencias³.

Aunque los usuarios de cualquier tipo de droga presentan un exceso de morbilidad y mortalidad respecto a la población general⁴, tradicionalmente las intervenciones de reducción de daños se han focalizado en el consumo de drogas por vía parenteral, principalmente de opiáceos, ya que el exceso de mortalidad en este colectivo es mayor que en los no inyectores⁵. La principal causa de muerte natural en las personas que se inyectan drogas (PID) son las infecciones (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], hepatitis B y C, y tuberculosis), que adquieren principalmente a través del uso compartido de jeringuillas y de material de inyección no esterilizado⁶. De hecho, el primer programa de intercambio de jeringuillas fue iniciado por usuarios de drogas en Ámsterdam (Países Bajos) en 1984 como respuesta a una epidemia de hepatitis B⁷. Sin embargo, fue a partir de 1985, con la rápida expansión de la infección por el VIH entre las PID, cuando se empezó a cuestionar y replantear el abordaje de las drogodependencias y las políticas de reducción de daños empezaron a darse a conocer de forma más generalizada⁸. El objetivo del presente artículo es describir la situación actual de las políticas de reducción de daños nacionales e internacionales, así como los retos para el futuro.

una media de 59 jeringuillas por PID y año¹³. Esto indica que únicamente el 15% del total de las inyecciones se cubre con el material estéril repartido por los programas de intercambio de jeringuillas (considerando que cada PID se inyecta una media de 400 veces al año)²⁰.

Los programas de intercambio de jeringuillas han mostrado ser seguros y coste-efectivos en la reducción de la transmisión del VIH²¹, ya que disminuyen los riesgos derivados de las inyecciones, haciéndolas más seguras. Sin embargo, tienen menos impacto sobre la prevención de la infección por VHC que sobre el VIH²², posiblemente debido a que muchos programas no suministran, además de jeringuillas, material de inyección esterilizado (parafernalia). Asimismo, el impacto preventivo de estos programas es proporcional a la cantidad de jeringuillas distribuidas y al número de usuarios que reciben suficientes jeringuillas para cubrir todas las inyecciones²⁰. Los estudios que han analizado el impacto de la implantación de programas de intercambio de jeringuillas sobre el entorno no han observado un aumento del consumo²³ ni un aumento de la delincuencia en las zonas colindantes^{24,25}.

Salas de consumo supervisado

Las salas de consumo supervisado son instalaciones, generalmente integradas en centros sociosanitarios de baja exigencia, en las que se permite el consumo de drogas por vía inyectada o fumada. El consumo se realiza bajo medidas higiénicas adecuadas y hay una supervisión por parte de personal sanitario que está formado en el tratamiento de sobredosis y de otras consecuencias agudas ocasionadas por el consumo de drogas. En 2014, estaban activas 88 salas de consumo supervisado en diferentes ciudades de ocho países (Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, España, Noruega, Países Bajos y Suiza)¹².

El impacto de las salas de consumo supervisado sobre las conductas de consumo radica principalmente en la reducción del uso compartido y de la reutilización de jeringuillas y parafernalia^{26,27}. Así mismo, se han mostrado eficaces para prevenir la mortalidad por sobredosis^{26,28}. Las intervenciones educativas en las salas de consumo pueden producir cambios mantenidos en las conductas de riesgo en algunos usuarios, y contribuyen a reducir las consecuencias del consumo en una población de difícil acceso²⁹. Respecto al impacto de un posible efecto llamada *iner-city*, no se han observado cambios en la cantidad de PID ni en el número de consumos de la zona^{23,30}. Es más, las salas de consumo supervisado han demostrado mejorar el entorno local mediante la reducción del número de PID consumiendo en lugares abiertos de espacios públicos, y al disminuir la cantidad de jeringuillas y parafernalia desechadas en la vía pública^{26,31–33}, y no se han relacionado con un aumento en el tráfico de drogas^{30,31}.

Prevención de sobredosis mediante iguales

La prevención de sobredosis mediante iguales formados en los efectos de las drogas, la reanimación cardiopulmonar y la administración de naloxona entre las PID ha demostrado ser una buena estrategia de reducción de daños, ya que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la sobredosis aguda por opiáceos³⁴. Sin embargo, no hay que olvidar que la distribución de naloxona debe ir acompañada de talleres formativos para aprender a identificar los síntomas de una sobredosis, saber cómo actuar al presenciar una y cómo debe utilizarse la naloxona³⁵.

Hasta el momento, la evidencia sugiere que los talleres de prevención de sobredosis aumentan el conocimiento, la confianza y las habilidades de los participantes para responder de forma eficaz en caso de sobredosis. Además, indica que los participantes en los talleres intervienen usando la naloxona al presenciar una

sobredosis y se observa un incremento en las tasas de supervivencia¹. Es difícil evaluar los efectos sobre la reducción de la mortalidad por sobredosis de la distribución de naloxona entre iguales. Sin embargo, se ha observado que esta intervención puede reducir la mortalidad anual por sobredosis un 10-20%³⁶.

Situación en España

La heroína se introdujo en España a finales de los años 1970 y su consumo por vía inyectada se extendió rápidamente, sobre todo en las generaciones jóvenes. El pico de mayor prevalencia de consumo de opiáceos por vía inyectada se alcanzó en 1992, con 3,26 PID por 1000 habitantes, y desde entonces la prevalencia ha ido disminuyendo progresivamente hasta situarse en 0,49 PID por 1000 habitantes en 2010³⁷.

Esta rápida propagación coincidió con la aparición del VIH, por lo que en pocos años la infección por VIH adquirió magnitud de epidemia entre las PID. Así, en Barcelona, entre los años 1981 y 1997, el 52% de los casos declarados de sida eran PID³⁸, y en el año 2010 solo el 9,5% de los nuevos casos de VIH se producían entre PID³⁹. Esta reducción de la incidencia de la infección por VIH a cifras similares a las de otros países europeos se ha debido, en parte, al cambio en la vía de consumo favorecida por el mercado (tipo de heroína disponible), y en parte a las políticas de reducción de daños implementadas⁴⁰.

Las políticas de reducción de daños en España han tenido una evolución desigual en función de los distintos territorios. Así, no fue hasta el Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo, que las políticas de reducción de daños se generalizaron en todo el territorio. Se empezó con la metadona, seguida por los programas de intercambio de jeringuillas y, finalmente, las salas de consumo supervisado y los programas de emergencia social, con mayor o menor éxito. En la figura 1 puede verse la evolución de estos programas. Actualmente, en España hay programas de mantenimiento con metadona y programas de intercambio de jeringuillas en casi todo el territorio y en las prisiones. Sin embargo, solo hay 12 salas de consumo supervisado, de las cuales 11 están en Cataluña, y 58 centros de emergencia social⁴¹.

Dificultades y progresos en el medio urbano: el caso de Barcelona

En Barcelona, la evolución del consumo de drogas por vía inyectada ha presentado un patrón parecido al del resto de España, con la única diferencia de que desde el inicio la prevalencia de PID fue mayor y así se ha mantenido a lo largo de los años. El consumo inyectado se extendió rápidamente durante la década de 1980 hasta alcanzar un pico en el año 1989, con una prevalencia de 8,5 a 9,9 usuarios por cada 1000 habitantes de 15-44 años de edad⁴²; desde 2010, se mantiene entre 2,3 y 3,1 por 1000 habitantes de 15-44 años de edad.

La gran prevalencia de PID y los problemas sociales y sanitarios vinculados a este consumo hicieron que en el año 1987 se iniciara el primer Plan de Drogas de la ciudad, en el que ya se abordaban de forma global los problemas de las PID, considerando de manera explícita el tratamiento, la reducción de daños causados por el consumo y la reinserción de los usuarios que lo desearan⁴³. Esto hizo que los primeros programas de reducción de daños se empezaran a finales de 1990, mucho antes que en la mayor parte del Estado⁴⁴.

Paralelamente, coincidiendo con la celebración de las Olimpiadas en Barcelona, se confinó el tráfico de drogas y el consumo visible a una zona portuaria de la ciudad: Can Tunis. Debido a su emplazamiento aislado, el problema se alejó de la opinión pública, pero la población drogodependiente se convirtió en más vulnerable

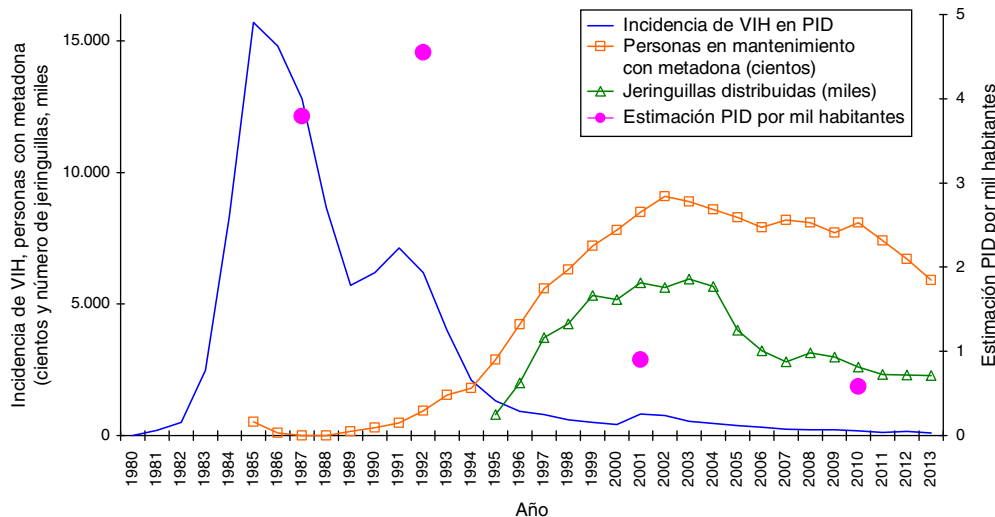


Figura 1. Evolución de la incidencia de infección por VIH, personas en mantenimiento con metadona, jeringuillas distribuidas y estimación de la prevalencia de personas inyectoras por 1000 habitantes. España 1980-2013. (Elaboración propia a partir de refs. 23,37 y 41.).

y excluida del sistema. Una década después, la ampliación del puerto de Barcelona comportó el desalojo y derribo de la zona, y con ello el desplazamiento del tráfico y el consumo a zonas céntricas de la ciudad. Al retornar al casco urbano la visibilidad del consumo y la reaparición de jeringuillas en la vía pública, surgió la necesidad de implementar recursos para reducir la visibilidad del consumo y garantizar que este se realizara en condiciones higiénicas. Siguiendo el modelo europeo marcado por el Observatorio Europeo de las Drogas⁴⁵, se puso en marcha la primera sala de consumo supervisado de la ciudad. Esta estrategia fue evolucionando hasta que, en 2006, se desarrolló un modelo integral de atención, en el cual todos los centros ambulatorios de tratamiento de drogas de la ciudad ofrecían toda la cartera de servicios, desde la más baja exigencia hasta la reinserción sociolaboral. Esto implica que en un mismo centro es posible tener acceso tanto a un tratamiento de alta exigencia como a intervenciones de reducción de daños (tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos, salas de consumo, intercambio de jeringuillas, programas de naloxona, etc.).

Problemas en la implantación de recursos: fenómeno NIMBY y cómo afrontarlo

La oposición ciudadana a la implantación de recursos «problemáticos», como pueden ser prisiones, vertederos, centros para drogodependientes, etc., se conoce como fenómeno NIMBY (del inglés *Not In My Back Yard*) y se caracteriza, no por poner en entredicho la utilidad del recurso que se pretende implantar, sino por oponerse a su instalación en un lugar determinado.

Un claro ejemplo de este fenómeno fue la implantación en el Hospital Vall d'Hebron del primer centro de tratamiento ambulatorio integral (centro de tratamiento con sala de consumo) en 2005. Supuso alrededor de 100 semanas de conflictos vecinales con bloques intermitentes de una de las vías de acceso más importantes de la ciudad. Desde la perspectiva de la ciudadanía, la apertura de un centro de estas características atraería a todas las PID de la ciudad (efecto llamada) y aumentaría la inseguridad del barrio. No ayudaron las discrepancias en el equipo de gobierno ni la oposición del resto de fuerzas políticas, como tampoco facilitó la percepción del ciudadano que la dirección del hospital y parte del personal facultativo estuviera en contra del proyecto. Finalmente, cuando se dio a la población un mensaje claro y definitivo de que la drogodependencia es una enfermedad y, por tanto, el tratamiento a personas drogodependientes debe ser suministrado desde la red asistencial

sanitaria pública, las quejas vecinales remitieron y en la actualidad hay siete centros integrales de tratamiento de drogas con salas de consumo y otros programas de reducción de daños en la ciudad.

Un caso parecido fue la implantación como mobiliario urbano de máquinas expendedoras/recolectoras de jeringuillas en distintos parques de la ciudad. La ciudadanía no aflojó hasta la destrucción total de dicho mobiliario. Debido a esta reacción, actualmente es una propuesta que ya no se utiliza en la ciudad.

Cualquier fenómeno NIMBY debe ser analizado como un fenómeno social, cultural y político complejo. Por ello, previamente a la implantación de cualquier tipo de recurso que pueda generar un conflicto en la comunidad, es importante seguir una secuencia de pasos para analizar en profundidad la situación inicial y cuál es el plan de acción óptimo. Aunque este análisis en muchos casos no evitará el conflicto, puede contribuir a que se resuelva en beneficio de la comunidad. A partir de la decisión de implantar un recurso en un determinado lugar, la estrategia de implantación no conflictiva consiste en tres fases que se muestran de manera esquematizada en la figura 2 y que ya han sido expuestas con detalle en otra publicación⁴⁶.

Retos futuros: ¿qué falta por hacer?

Desde hace más de una década, los planes de acción de drogas en la Unión Europea han priorizado la prevención de las enfermedades infecciosas (VIH, VHB, VHC y tuberculosis) y la reducción de las muertes relacionadas con el consumo de drogas en la población consumidora. En los últimos 30 años, se ha avanzado considerablemente en el campo de la reducción de daños. Sin embargo, aún existen varios aspectos sobre los que debe incidirse:

Mejorar la cobertura de los programas de reducción de daños

Una intervención de reducción de daños implementada de manera aislada tendrá un efecto limitado para disminuir la incidencia de las infecciones asociadas al consumo inyectado, así como las muertes directamente asociadas a este consumo (sobredosis, hepatitis, etc.). Asimismo, se necesita la combinación de intervenciones con una cobertura media-alta durante varios años para observar un efecto sustancial en la incidencia y la prevalencia de dichas infecciones y las muertes por sobredosis²⁰.

Aunque las coberturas de los diferentes programas de reducción de daños en Europa son de las más altas del mundo, es necesario

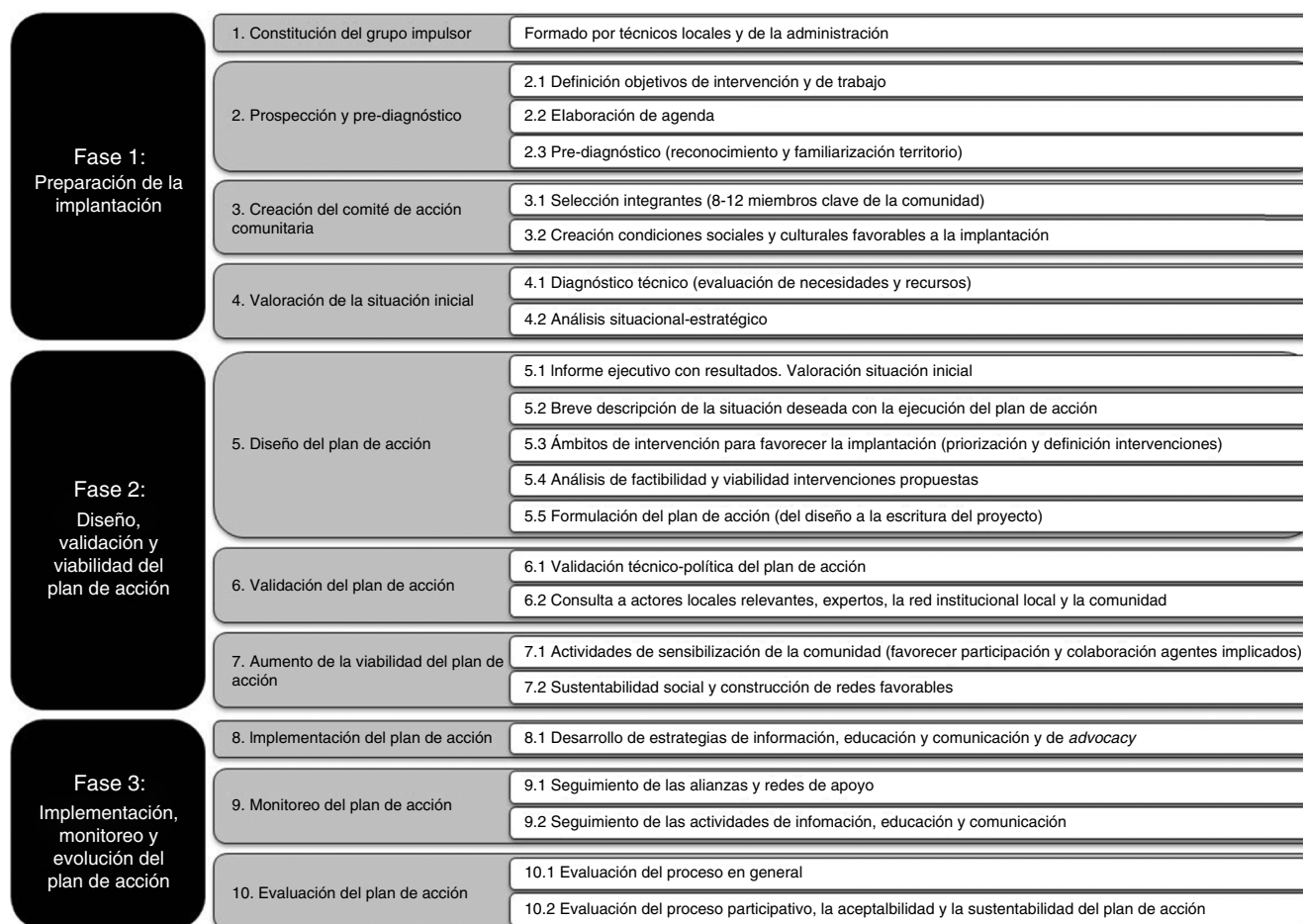


Figura 2. Protocolo de actuación para la implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias⁴⁵.

aunar esfuerzos para seguir aumentándolas y mantenerlas elevadas de forma mantenida. Igualmente es relevante ampliar la oferta de salas de consumo supervisado y de programas de prevención de sobredosis para disminuir la mortalidad por sobredosis en aquellas ciudades donde el acceso a estos programas es limitado o inexistente.

Mejorar los programas de reducción de daños en ámbitos de especial interés

Una mención especial son los programas de reducción de daños que se llevan a cabo en el medio penitenciario. En los últimos años, algunos países, entre ellos España, han respondido a la epidemia de las enfermedades infecto-contagiosas (VIH, VHC, etc.) con dichos programas. Estos se basan en los preceptos del derecho internacional sobre derechos humanos, bajo la premisa de que las intervenciones coercitivas son contraproducentes para la transmisión de las enfermedades infecciosas y su control debe apoyarse en el respeto a las personas y su derecho a la dignidad y la responsabilidad personal. Los esfuerzos realizados incluyen la aplicación pragmática de medidas de salud pública, como suministro de preservativos, lejía u otro desinfectante para limpiar las jeringuillas, tratamiento sustitutivo para la adicción a los opiáceos (metadona, buprenorfina, etc.), intercambios de jeringuillas y programas de prevención de sobredosis. Sin embargo, como ocurre en la comunidad, estos programas han estado criminalizados y no han alcanzado cotas altas de cobertura, aunque sus beneficios hayan sido ampliamente contrastados^{47,48}.

Los centros de atención primaria de salud y las oficinas de farmacia son otro ámbito de especial interés. Si pretendemos que los programas de reducción de daños sean sostenibles y con amplia cobertura, es indispensable que los recursos estándar de salud participen en ellos proporcionando consejo sanitario, material de inyección y otros recursos de reducción de daños. Sin embargo, salvo en algunas zonas como Europa o Australia, estos recursos solo se han implicado en los programas de mantenimiento de metadona, olvidándose del resto de las estrategias de reducción de daños⁴⁹.

Ampliación de la reducción de daños a otras sustancias y vías de consumo

A pesar de los progresos en la reducción de daños en los últimos años, es importante que esta no se limite a reducir las consecuencias del consumo de drogas por vía inyectada, sino que también se implementen programas de reducción de daños relacionados con otras sustancias y otras vías de consumo. De hecho, las sustancias psicoactivas más consumidas en todo el mundo y con mayores consecuencias adversas sobre la salud son el alcohol y el tabaco⁵⁰. En este sentido, en los últimos años y de forma desigual, en algunos países se han implementado políticas como la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, los controles de alcoholemia en conductores y el control de la publicidad de estas sustancias. Sin embargo, la mayoría de las posibles políticas de reducción de daños referentes a estas y otras sustancias no han sido implementadas y, en muchos casos, se necesitan estudios para evaluar su efectividad¹.

Ampliación de la reducción de daños a otras enfermedades

El consumo de drogas no solo está relacionado con determinadas infecciones y con una mayor mortalidad por sobredosis, sino que las personas consumidoras de drogas tienen una esperanza y una calidad de vida inferiores a la población general. Por ello, es importante que se desarrollen nuevas intervenciones de reducción de daños o que se adapten algunas de las existentes para disminuir las consecuencias adversas asociadas al consumo de drogas, como podrían ser la patología mental concomitante, el mayor riesgo de suicidio y de actos violentos, etc.

Conclusiones

Los programas de reducción de daños deben ir más allá de intervenciones individuales implementadas de forma aislada, y han de consistir en un conjunto de políticas integrales, con intervenciones relacionadas de amplia cobertura y sostenibles socialmente y económicamente. Por ello, deberían implicar a todos los servicios sanitarios y sociales ya existentes. Asimismo, es necesario realizar más estudios sobre su efectividad y coste-beneficio para identificar nuevas estrategias para otras sustancias no inyectables y otras enfermedades distintas a las infecciosas.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Financiación

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por la Red de Trastornos Adictivos (RD06/0001/1018 y RD12/0028/0018).

Contribuciones de autoría

Las dos autoras participaron en la concepción y el diseño del trabajo. M. Bosque-Prous elaboró la primera versión del manuscrito. M.T. Brugal realizó una revisión crítica del artículo. Las dos autoras aprobaron su versión final.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Communities; 2010.
- International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2010.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twentieth report. World Health Organ Tech Rep Ser; 1974. p. 1–89.
- Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*. 2012;379:55–70.
- Espelt A, Barrio G, Álamo-Junquera D, et al. Lethality of opioid overdose in a community cohort of young heroin users. *Eur Addict Res*. 2015;21:300–6.
- Langendam MW, van Brussel GH, Coutinho RA, et al. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health*. 2001;91:774–80.
- Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, et al. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet*. 1986;1:1435.
- Stimson GV. «Harm reduction - coming of age»: a local movement with global impact. *Int J Drug Policy*. 2007;18:67–9.
- Cook C, Kanaef N, Association IHR, et al. The global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. London: International Harm Reduction Association; 2008.
- Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. 2008;372:1733–45.
- Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*. 1965;193:646–50.
- Stone K. The global state of harm reduction 2014. London: Harm Reduction International; 2014.
- Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*. 2010;375:1014–28.
- Torrens M, Fonseca F, Castillo C, et al. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bull World Health Organ*. 2013;91:136–41.
- Gowing L, Farrell M, Bornemann R, et al. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD004145.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;CD002209.
- Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, et al. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. 2005;100:981–9.
- Ball J, Corty E, Bond H, et al. The reduction of intravenous heroin use, non-opiate abuse and crime during methadone maintenance treatment: further findings. *NIDA Res Monogr*. 1988;81:224–30.
- Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. 1998;93:515–32.
- Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*. 2010;376:285–301.
- Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *Int J Drug Policy*. 2005;16:S31–44.
- Tilson H, Aramrattana A, Bozette S, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington DC: Institute of Medicine; 2007.
- Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, et al. More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain. *Soc Sci Med*. 2007;65:1773–8.
- Galea S, Ahern J, Fuller C, et al. Needle exchange programs and experience of violence in an inner city neighborhood. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28:282–8.
- Marx MA, Crape B, Brookmeyer RS, et al. Trends in crime and the introduction of a needle exchange program. *Am J Public Health*. 2000;90:1933–6.
- Potier C, Laprêvotte V, Dubois-Arber F, et al. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;145:48–68.
- Bravo MJ, Royuela L, de la Fuente L, et al. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*. 2009;104:614–9.
- Marshall BDL, Milloy M-J, Wood E, et al. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011;377:1429–37.
- Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Lisbon: EMCDDA; 2004.
- Kerr T, Stoltz JA, Tyndall M, et al. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ*. 2006;332:220–2.
- Salmon AM, Thein H-H, Kimber J, et al. Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Int J Drug Policy*. 2007;18:46–53.
- Wood E, Kerr T, Small W, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*. 2004;171:731–4.
- Vecino C, Villalbí JR, Guitart A, et al. Safe injection rooms and police crackdowns in areas with heavy drug dealing. Evaluation by counting discarded syringes collected from the public space. *Adicciones*. 2013;25:333–8.
- Baca CT, Grant KJ. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*. 2005;100:1823–31.
- Espelt A, Major X, Parés-Badell O, et al. Implementation of systematic programs of overdose training at drug treatment and prevention centres in Catalonia, 2008–2013. En: Dichtl A, Heino S, editores. *Naloxon - Überlebenshilfe im Drogennotfall*. Frankfurt: Fachhochschulverlag; 2015.
- Maxwell S, Bigg D, Stanczykiewicz K, et al. Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths. *J Addict Dis*. 2006;25:89–96.
- Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, et al. Harm reduction interventions for drug injectors or heroin users in Spain: expanding coverage as the storm abates. *Addiction*. 2012;107:1111–22.
- García de Olalla P, Caylà JA, Brugal MT, et al. The evolution of AIDS mortality and survival in Barcelona (1981–1997). *Med Clin*. 1999;113:169–70.
- Reyes-Urueña JM, de Olalla PG, Perez-Hoyos S, et al. Time series analysis comparing mandatory and voluntary notification of newly diagnosed HIV infections in a city with a concentrated epidemic. *BMC Public Health*. 2013;13:338.
- de la Fuente L, Bravo MJ, Toro C, et al. Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:537–42.

41. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2012. Madrid: Ministerio del Interior; 2014.
42. Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Maguire A. Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain, 1989. *Am J Epidemiol.* 1995;141:567–74.
43. Manzanera R, Torralba L, Brugal M, et al. Coping with the toll of heroin: 10 years of the Barcelona Action Plan on Drugs, Spain. *Gac Sanit.* 2000;14:58–66.
44. de la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, et al. Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clin Infect Dis.* 2003;37:S410–5.
45. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Perspectives on drugs: drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Lisbon: EMCDDA; 2015.
46. Sepúlveda M, Báez F, Montenegro M. No en la puerta de mi casa: implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Barcelona: Grup Igia; 2008.
47. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet.* 2011;377:956–65.
48. Jürgens R, Csete J, Amon JJ, et al. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet.* 2010;376:475–85.
49. Vlahov D, Robertson AM, Strathdee SA. Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clin Infect Dis.* 2010;50:S114–21.
50. Gowing LR, Ali RL, Allsop S, et al. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction.* 2015;110:904–19.