

## DROGODEPENDENCIAS: DISMINUCIÓN DE RIESGOS Y PROGRAMAS DE SUSTITUCIÓN.

Iñaki Markez. Médico psiquiatra\* Mónica Póo. Psicóloga\*\*

**Tras casi un siglo de políticas internacionales centradas en la represión y en la prohibición de ciertas drogas, es el momento de promover una aproximación más humana, orientada socialmente y sobre todo más eficiente<sup>1</sup>, donde el primer interés es el proteger la salud de los usuarios y mejorar la realidad psicosocial. Los llamados Programas de Reducción de Riesgos son, y han sido, el marco de los diversos planteamientos y programas de actuación que en estas últimas décadas han pretendido dar una respuesta a las diferentes problemáticas asociables a las formas de uso de ciertas drogas, a las patologías concomitantes y a las conductas de riesgo. Este artículo pretende revisar los distintos programas de sustitución con agonistas opiáceos a la vez que esbozar algunas propuestas para la intervención en este campo.**

**After nearly a century of international policies focused on repression and prohibition of some drugs, it is the right moment to promote a human approach socially orientated and mainly more efficient. The first aim would be to improve the health of the users and to develop the psychosocial reality. The called Harm Reduction Programmes are the adequate framework for the different approaches and action programmes which have attempted to give an answer to the consequences of the way of behaviour. This article tries to review the different substitution programmes with opiate agonists at the same time as to outline some proposals for the intervention in this field.**

**L**a reducción de daños se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia y centrados en un modelo punitivo, sea por el paternalismo médico sea por la aplicación de la ley.

Los modelos que en décadas anteriores habían hegemonizado el discurso oficial sobre las drogas y las drogodependencias, el médico-sanitarista y el jurídico, representaban el inicio de abordaje del fenómeno. Los primeros imponiendo su código hipocrático y recogiendo el viejo concepto de enfermedad para las adicciones y para ello prescribiendo otras sustancias y los segundos criminalizando al consumidor, prescribiendo leyes e imponiendo su código penal. Enfermos y delincuentes, ese era el objeto de intervención, pero los pretendidos resultados no se lograban y además se constataba que las conductas asociadas al uso

de sustancias presentaban un amplio abanico que iba de lo placentero a lo enfermizo o problemático. Las divisiones de drogas en legales e ilegales tampoco tenían relación con los daños y riesgos de la sustancia sino más bien con cuestiones de índole económico, social, cultural o de orientación ideológica en un momento y lugar dado.

El concepto de disminución de daños y riesgos no comenzó a utilizarse con cierta amplitud hasta finales de los años ochenta como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), y tras la valoración de las políticas de épocas anteriores, viéndose que no solo no había mejorado la cuestión de los consumos, los consumidores y las drogodependencias sino que exacerbaban el problema<sup>1</sup> sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria.

La consideración por la OMS de la drogodependencia como enfermedad crónica y recidivante produjo un incremento de la oferta asistencial con variados programas, siempre orientados a la abstinencia. Dichos programas, los programas libres de drogas, fueron y siguen siendo útiles para subpoblaciones de toxicómanos pero no para la totalidad, ya que muchos de ellos ni se plantean siquiera el abandono de sus consumos. Estamos hablando de usuarios con importante deterioro orgánico y psicosocial, heroínómanos que ejercen la prostitución, ingresados en centros penitenciarios, adictos de larga evolución, o todos aquellos que no pueden dejar su dependencia. Todos ellos son usuarios de drogas poco receptivos a los programas clásicos de tratamiento y pueden ser susceptibles de otros programas cuyos objetivos estén alejados de la abstinencia.

Se trata de disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red asistencial para las drogodependencias y los dispositivos de salud, y mejorar la calidad de vida. En definitiva, lo que se pretende es dar prioridad a aquellos objetivos que permitan disminuir los efectos contraproducentes del uso de drogas. Si se desea consumir drogas que sea con la mayor seguridad posible. Se trataba de ofrecer planteamientos más pragmáticos y menos sujetos a moralismos alejados de la realidad.

Las conductas de riesgo por uso de drogas son valorables según dimensiones cualitativas (acceso, preparación, vía de administración, lugar de consumo, cuidados posteriores, patrón de policonsumo,...) y dimensiones cuantitativas (dosis, frecuencia, potencia de la sustancia,...), de ahí que las actuaciones se fundamentan en orientar al consumidor hacia unas u otras medidas, con postulados más humanitarios, tolerantes y liberales. No olvidemos que esta estrategia en tanto que reconoce el uso no dañino de sustancias, admite la posible bondad

de las mismas, al menos ocasionalmente y para algunas personas. Admitir que una droga ofrezca beneficios, tenga efectos positivos sobre las personas significa mantener una filosofía enfrentada a la hasta hace pocos años hegemónica. Si queremos medir la eficacia de los programas es necesario precisar qué daños o riesgos puede producir la sustancia y cuales queremos reducir a través de estos.

Los replanteamientos de las formas y métodos de intervención han llevado a formular nuevos modelos conceptuales, con la oferta de servicios sanitarios y sociales orientados a la reducción de los efectos nocivos del uso de drogas, sin la imposición del no-uso. Esto que fue un cambio radical en su momento, ha llegado a entenderse de interés y reconocimiento internacional. Los programas de metadona, heroína, buprenorfina o LAAM, programas de contacto y centros de acogida, programas de intercambio de jeringuillas o de sexo seguro, etc., son algunas modalidades de intervención de las estrategias de reducción de riesgos en algunos países desarrollados, con creciente implantación por sus resultados terapéuticos.

### **Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).**

La gran ventaja de la rápida difusión de los PMM es su accesibilidad. A finales de 1.998, ya eran más de 60.000 personas las que habían iniciado tratamiento en el Estado español y unas 300.000 personas en la Unión Europea. Como decíamos, más de 500.000 personas están en PMM en el mundo tras demostrarse su eficacia en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Basada su efectividad en neutralizar el síndrome de abstinencia a opiáceos, suprimir el *craving* e inhibir la euforia<sup>2</sup> que se persigue en el consumo de heroína ilegal. Sin duda estos programas son los más utilizados e investigados con magníficos resultados en los niveles de retención frente a otras modalidades de tratamiento<sup>3-5</sup>. La retención tras un año de funcionamiento del programa de metadona en oficinas de farmacia en Bizkaia<sup>6</sup> era del 95,3%; el Programa de

Objetivos Intermedios de Bizkaia<sup>7</sup> en 1.996 presentó una retención del 84% o del 72% la retención a los 24 meses en Barcelona en un programa de baja exigencia, dosis altas y orientación hacia tratamientos a largo plazo<sup>8</sup>. En otro estudio en Barcelona la retención tras dos años en PMM era del 80% frente al 6% de los programas libres de drogas<sup>2-9</sup> o del 67% tras cuatro años en Asturias<sup>10</sup>. No olvidemos que, como dijera Cooper<sup>11</sup> (1.989) la duración del tratamiento es un predictor importante de buen pronóstico y un PMM es eficaz si la tasa de retención es al menos de un 65% de los pacientes transcurridos dos años de tratamiento<sup>12</sup>.

Los pacientes de PMM ofrecen tasas de seroconversión a VIH inferiores a quienes no están en tratamiento<sup>13</sup> o están en otros programas de tratamiento<sup>14-3</sup>.

Disminuyen los episodios de sobredosis y de conductas de riesgo (menor uso de la vía inyectable y menor compartición de material de inyección), con tasas de mortalidad muy inferiores a quienes no están en tratamiento<sup>15-16</sup>.

Tienen lugar menores consumos de heroína en quienes están en PMM que entre quienes están en otros tipos de tratamientos limitados a la abstinencia<sup>17-14-10</sup> y mejores condiciones de consumo, con cambios en la vía de administración de los consumidores, lo cual está vinculado con la reducción de riesgo de contagio o de transmisión del VIH/SIDA.

En los periodos y fases de estabilización se ha comprobado la reducción del consumo de otras sustancias como cocaína, benzodiazepinas, cannabis o alcohol<sup>18-19</sup>, lo cual resulta de gran interés en una población muy deteriorada por la politoxicomanía<sup>6</sup>.

Reducción importante de la delictividad<sup>6-20-21-22-23</sup> con menores números de actos delictivos, menor número de detenciones y estancias en prisión.

Actualmente el uso de metadona se ve garantizado por su seguridad en personas tolerantes a los opiáceos no habiéndose encontrado efectos adversos importantes ni toxicidad en estudios de seguimiento de diez a veinticinco años.

Además los costes por tratamiento con metadona son muy baratos, incluso cien veces menores a los costes sanitarios y sociales de muchos adictos fuera de tratamiento.

Aunque la dispensación con metadona es posible realizarla desde dispositivos muy variados (ambulatorios, hospitales, unidades móviles, etc.), los ritmos puestos en marcha son desiguales y dejan mucho que desear, casi siempre motivados por las viejas resistencias de los programas libres de drogas. Las normas de prescripción son muy desiguales de unos lugares a otros, y también de unos a otros países: en el Reino Unido el 90% de los usuarios se lleva la dosis a su casa (*take-home*) mientras que en Francia son muy estrictos con la entrega de la dosificación diaria *in situ*. Incluso considerada en alguna ocasión como “otra droga” y por tanto perseguible, no entendiéndose como un buen recurso farmacológico terapéutico. Así, en 1.992 los drogodependientes ingresados en cárceles de Catalunya podían acogerse a programas de mantenimiento con metadona mientras que en el País Vasco no acontece hasta 1.996 a pesar de las repetidas recomendaciones de la ONU, la OMS o el Consejo de Europa sobre la importancia de aplicar con urgencia medidas de reducción de la demanda y de daños. Aunque haya tardado, hoy la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha abierto la posibilidad de este recurso y durante 1.998 fueron cuatro mil los reclusos que recibieron metadona diariamente, comprobándose que esta sustancia no ocasiona un incremento de la conflictividad en la prisión, permite que pacientes alejados de los dispositivos de atención se vayan acercando, reduciéndose además los consumos y las formas de uso arriesgadas. En el País Vasco los programas de dispensación en oficinas de farmacias han de esperar hasta ese mismo año 1.996 mientras que otras Comunidades autónomas aún no lo han iniciado. La dispensación en atención primaria y desde los médicos generales lleva un desigual desarrollo en las diferentes Comunidades Autónomas, encontrando serias dificultades en el País Vasco. La extensión a otros servicios



específicos de dispensación es lenta, pero deberá progresar una vez confirmada la efectividad de estos programas si se ofrecen las dosis suficientes y se aborda la comorbilidad asociada.

La literatura revisada<sup>24</sup> sugiere que el éxito de los programas de mantenimiento con metadona depende más de las características asistenciales de los programas que de las características de los pacientes<sup>25-6-26</sup>. La dosis media se ha identificado como potente predictor de la retención<sup>27-28-25-19-8-5</sup>, pudiendo rastrearse cómo un número considerable de abandonos en el tratamiento tiene su origen en la insuficiente medicación, lo cual debiera llamar a la reflexión sobre los criterios para prescribir dosis que hacen que estas resulten insuficientes. También se han identificado otros factores que correlacionan positivamente con el nivel de éxito de estos programas<sup>27-5</sup> como son el apoyo psicosocial, el reconocimiento de la dosis recibida por el paciente, la posibilidad de llevarse las dosis al domicilio, o la orientación a medio-largo plazo del programa.

A pesar de la progresiva buena prensa de la metadona, y sus diferentes programas, aún quedan aspectos no resueltos: desvío de una parte de la metadona al mercado ilícito, incremento en el consumo de otras sustancias como benzodiazepinas, alcohol o cocaína<sup>28</sup>, persistencia de consumos endovenosos, intoxicaciones accidentales, etc. No obstante, como ya indicara el comité de expertos en farmacología de la OMS en 1.992, estos programas de mantenimiento con metadona son buen ejemplo de minimización del daño, siendo una de las estrategias más eficaces para prevenir contraer o transmitir la infección por el VIH.

### Otros Programas con agonistas opiáceos.

1). El **LAAM** (Levo-Alfa-Acetil-Metadol), recientemente aprobado por la Comisión de Bruselas, fue sintetizado en 1.94829, desarrollado en los años cuarenta y cincuenta por químicos alemanes buscando de nuevo un analgésico sustituto de la morfina y pretendiendo mejorar las desventajas de la heroína, la mor-

fina y la metadona, tras ser sometido en los años sesenta a numerosos ensayos clínicos, planteados casi siempre con estudios de comparación. En 1.984 la *Food and Drug Administration* (FDA) reconocía su interés al designarlo "fármaco no patrocinado" pero hasta julio de 1.993 no fue aprobado en Estados Unidos por la FDA considerándolo fármaco seguro y eficaz para tratamiento de mantenimiento con opiáceos, y adquiriendo tan rápida difusión que, según refiere Ling<sup>30</sup>, en 1.995 ya era utilizado en treinta y siete de los cincuenta estados de USA.

Es un fármaco que se administra en solución oral en el contexto de un programa de tratamiento integral. Es similar a la metadona en su efecto supresor del síndrome de abstinencia a opiáceos, aunque no requiere dosis diarias sino cada dos o tres días por su acción prolongada. Ya en 1.972 se observó que este fármaco era igual o superior a la metadona en cuanto a tasas de retención, situación laboral, actividades ilegales, asistencia al centro de tratamiento o los cambios de dosis con actividad similar a los agonistas morfínicos clásicos, tanto en la sedación, analgesia, contracción pupilar o incluso en los problemas de depresión respiratoria.

A pesar de ser uno de los tratamientos más estudiados frente a la dependencia de opiáceos en esta última década, han sido escasos los trabajos de investigación que provienen de los países donde más se está utilizando: Estados Unidos y Portugal. Recientemente ha sido aprobado por la Comisión de Bruselas para su posible uso terapéutico con mayor amplitud en la Unión Europea, y en diferentes Comunidades Autónomas del Estado español se ha empezado a dispensar LAAM de forma controlada y experimental, entendiendo la utilización de estos programas de tratamiento como una ampliación de la oferta terapéutica. Esto también se está desarrollando en el País Vasco donde, desde este año 1.999, una veintena de usuarios participan en un programa piloto que posiblemente tenga mayor desarrollo en años venideros.

Una de las más importantes ventajas de esta

sustancia respecto a la metadona es el menor número de dosis semanales necesarias para un mantenimiento eficaz. La dispensación se puede reducir a una dosis tres veces por semana lo que beneficia notablemente a los usuarios que, debido a la distancia, tipo de vida o trabajo, se les hacía difícil de sobrellevar la toma diaria de metadona.

El LAAM debido a su patrón farmacológico parece tener un efecto más suave y estable, lo que se traduce en una menor sensación de sedación y euforia para el paciente. También es ventajoso el menor riesgo de intoxicación por sobredosis accidental en pacientes sin tolerancia a los opiáceos. El LAAM es poco eficaz por vía endovenosa ya que sus efectos son lentos lo que supone una escasa demanda en el mercado ilegal. Todo lo expuesto anteriormente nos muestra como esta sustancia supone un menor gasto del recurso al requerir menos personal, incluso menor conflictividad social con la comunidad, carencia de estigmas y temores que acompañan a otros opiáceos además supone una alternativa para los sujetos que han fracasado en tratamiento con metadona.

La desventaja de esta sustancia es su pequeño margen de dosificación permitido debido a sus metabolitos, con alta vida media en sangre (unas noventa horas) lo cual impide administrar dosis diarias, ya que al sumarse los efectos podrían ocasionar dosis letales. Además las concentraciones plasmáticas correctas sólo se alcanzan a las dos a tres semanas, lo que puede provocar la utilización de otras drogas, ilegales o no, durante el período de estabilización y ante la sensación del usuario de ineficacia con el riesgo de abandono de los programas de tratamiento. Curiosamente a pesar de las ventajas aducidas su uso terapéutico es lento. Quizá por la escasa información de los pacientes, el cierto rechazo de los profesionales hacia el LAAM, el coste económico del producto y la imposibilidad de tomas domiciliarias<sup>31-32</sup>. Por otro lado, los obstáculos administrativos, la actitud del personal de los equipos terapéuticos para adoptar nuevos fármacos y la existencia de una reglamentación

débilmente definida<sup>33</sup> son algunos obstáculos que vienen manifestándose en estos años.

2). **Heroína.** La legislación internacional se apoya en la Convención Única sobre Estupefacientes de Viena de 1.961 y en el protocolo de modificación de Ginebra de 1.972 de Naciones Unidas. El objetivo principal es la limitación de los estupefacientes para usos con fines médicos y científicos. A estos fines van orientados la producción, distribución, comercio y posesión de los opiáceos de los países adheridos y que en sus legislaciones nacionales aplican la Convención.

En el mundo unos diez Estados, incluido el español, están autorizados por la Comisión de Estupefacientes de la ONU para producir opio y morfina. En 1.994 solo tres países habían utilizado más de un kilogramo de heroína: Holanda, 10 Kg; Suiza, 117 Kg e Inglaterra, 340 kg. Asimismo en Bélgica, Australia, Nueva Zelanda, Alemania, Francia y el Estado español (no olvidemos las iniciativas en Andalucía y Catalunya) hay propuestas de desarrollo de programas de tratamientos con heroína.

En Andalucía, en concreto en Algeciras y en Granada, y tras diseñar el programa desde la Escuela Andaluza de salud Pública, serán ciento cincuenta los pacientes en tratamiento medicalizado con heroína, y ello a pesar de las resistencias y recelos desde el Plan Nacional sobre Drogas "porque hay que esperar a la evaluación de Naciones Unidas". Sin embargo, la Organización Mundial para la Salud (OMS) ha dado su conformidad a las evaluaciones de las diferentes experiencias de estos últimos años en Inglaterra y Suiza señalando sus excelentes resultados. En este mismo año han comenzado ya otras iniciativas de tratamientos con heroína en Holanda y en Nueva Zelanda. El próximo año, en nueve ciudades de Alemania (Munich, Berlín, Frankfurt y Hamburgo entre ellas) se desarrollaran programas de tratamiento con heroína, según ha acordado en febrero de 1.999 el gobierno federal, y que alcanzará a unas mil quinientas personas en el año 2.000.

Los programas con heroína, como se señala

desde el Grup Igia (1.996), son uno de los recursos que mayor atención han tenido entre los programas de reducción de riesgos. Su distribución controlada desde la red de atención sociosanitaria presenta las ventajas inmediatas de otros programas (vinculación con la red asistencial, disminución de problemas sanitarios, reducción de conflictividad social y delincuencia,...) y tiene también beneficios a medio y largo plazo al alejar su consumo de la exclusión (reduce la delincuencia colectiva vinculada a los mercados ilegales, estabiliza o reduce el número de consumidores al no necesitar traficar con drogas). Un dato relevante apreciable en los sujetos que se encuentran en estos programas pilotos es que incluso las dosis de heroína disminuyen a lo largo de su estancia en el programa debido quizás a la desaparición del “ansia de encontrar” la sustancia. La normalización para quienes acceden a estos programas, con pautas de consumo que permiten, de nuevo, considerar medicamentos a estas sustancias, y por tanto ser prescritas con valoración del riesgo-beneficio, transforman la imagen social y cultural del producto mismo.

Existen algunos estudios multicéntricos de mantenimiento con heroína. Los resultados aunque no definitivos nos muestran como los pacientes mejoran su estado de salud considerablemente y, sobre todo, recuperan su derecho a existir dignamente en una sociedad de donde se habían excluido. También parece claro que la gente dedicada a la atención al toxicómano puede utilizar la palabra “heroína”, cuando se dirige a sus colegas, en un contexto menos pasional, más racional y creativo, que hace algunos años<sup>34</sup>.

Para quienes opinan que no debiera realizarse estos experimentos antes del informe de la OMS sobre la experiencia suiza, decir que, en la medicina basada en la evidencia, el conocimiento progresa con la realización de investigaciones rigurosas y por la reproducción en diferentes lugares de los mismos experimentos. Retardar los proyectos de investigación no es forma de avanzar en el conocimiento y el progreso. Esperar a la evaluación de los

proyectos científicos finalizados no debiera ser argumento para retrasar el inicio de nuevos proyectos rigurosos sobre el mismo tema.

3). La **buprenorfina**, agonista parcial opiáceo, se ha venido utilizando como sustitutivo opiáceo desde los años ochenta, siendo el caso más representativo el de Francia. Eran los médicos de cabecera los que prescribían esta sustancia, sin indicación oficial, hasta que en 1.992, el Ministro de Sanidad cambió la regulación y no se podía adquirir con una simple receta. Es el 31 de marzo de 1.995 cuando se introduce en el mercado dosis elevadas de buprenorfina y cada médico puede prescribirla por un periodo máximo de 28 días. El marco del uso de la buprenorfina es más flexible que el de la metadona. Una de las razones más importantes es que no puede provocar sobredosis, sin embargo la presentación sublingual es fácil que sea inyectada. Se calcula que en este país son veinticinco mil las personas que están siendo tratadas con buprenorfina<sup>35</sup> a través de la consulta de medicina general. Atimamente van surgiendo nuevas experiencias en las que se utiliza como fármaco alternativo a la metadona en tratamientos de mantenimiento por dependencia a opiáceos cuando está asociado el abuso de cocaína<sup>36</sup>. Son los consumidores de “speed ball” (cocaína mezclada con heroína) que se hallan al margen de los PMM.

4). En Alemania la historia de los tratamientos de mantenimiento en adicciones es principalmente una historia de mantenimiento con **codeína** ya que la metadona no fue legal hasta finales de los 80 y aunque la metadona es considerada como un fármaco apropiado para los adictos a opiáceos, el porcentaje entre los usuarios de metadona y codeína es de 1:1, lo que supone unos treinta mil pacientes en cada grupo.

Este tratamiento de mantenimiento con codeína fue desarrollado a través de la práctica personal de algunos psiquiatras y difundido de boca en boca más que a través de publicaciones científicas especializadas. No hay un

registro fiable de los pacientes que reciben esta sustancia y las cifras varían en los diferentes artículos que se publican, ya que el tratamiento es muy sencillo y se basa en el acuerdo mutuo entre paciente y psiquiatra, el paciente la compra en la farmacia y la paga de su propio bolsillo, ya que es raro que algún seguro se haga cargo del pago.

El sistema de *take-home* es muy flexible y las dosis se ajustan según las necesidades del paciente. Los estudios nos muestran que la codeína es una efectiva sustancia en los programas de mantenimiento y no hay evidencia científica para su prohibición: reducción del consumo de drogas, de la actividad delictiva, mejora del estado de salud y la integración social. Durante los últimos veinte años el mantenimiento con codeína nunca se ha discutido hasta que en 1.994 el Ministerio de Sanidad anunció la posibilidad de que este tipo de mantenimiento fuera ilegal. Ahora la codeína es considerada un fármaco de segunda elección y solo es prescrito dentro de programas más globales y de acuerdo con las leyes sobre narcóticos. En el futuro el mantenimiento estará limitado a dos sustancias la metadona y el polamidon (con codeína sólo como segunda elección). Esto hará que los usuarios de codeína deban elegir entre estas dos sustancias, pero el hecho de ser adictos a opiáceos antes les permitía el uso de codeína. Sin embargo para acceder a la metadona deberán cumplir otros requisitos como el embarazo, ser seropositivos o tener hepatitis.

### **Propuestas para la intervención.**

En consonancia con todo lo anterior, podemos realizar algunas propuestas de interés para la intervención inmediata o no lejana:

Los centros de atención a las drogodependencias que nacieron apoyados en filosofías y servicios comunitarios se han desarrollado como modelo basado en la atención individualizada. De seguir así el éxito estará limitado no solo por la permanente falta de recursos sino también por nuestra incapacidad para llegar a las personas allí donde se consumen las

drogas. Los cambios de conducta saludable exigen enfoques orientados a favorecer el cambio cultural y comunitario sobre los lugares de uso de sustancias con actuaciones sobre colectivos amplios y no solo sobre la conducta individual.

- Reconocimiento de los Programas de Mantenimiento con Opiáceos (PMO), incluso los de baja exigencia, como programas terapéuticos de reconocida eficacia y seguridad, desarrollando otros PMM, fomentando la accesibilidad e incorporando nuevas alternativas: LAAM, heroína, buprenorfina, etc.

- Los programas de reducción de riesgos pueden verse complementados en ocasiones con programas libres de drogas. No han de entenderse como antagónicos, sino como estrategias de intervención que pueden coexistir en beneficio de las opciones terapéuticas del drogodependiente.

- Puesto que en ocasiones los pacientes usuarios o participantes de programas de disminución de riesgos se desplazan de una región a otra, de una provincia a otras, de un país a otro, es necesario que los recursos asistenciales estén básicamente coordinados y con documentos unificados que faciliten el acceso de quienes ya reciben algún tratamiento en su lugar de origen. Euro-Methwork ha propuesto a la Comisión Europea su papel de mediador, facilitando información, infraestructuras y puntos de asistencia en diferentes lugares de Europa con intervenciones basadas en los principios de la reducción de daños.

- El incremento de programas de disminución de riesgos y los apreciables resultados favorables exigen evaluar estrategias, programas, medidas y resultados.

- Sabido que los programas de disminución del riesgo son efectivos, quizá sea oportuna su generalización. No necesariamente anulando anteriores programas y recursos aunque sí adaptándose a las necesidades reales de las poblaciones afectadas y considerando sus demandas. No se trata de que los programas compitan entre sí frente a los usuarios sino que sean complementarios para beneficio del usuario y de su entorno. Las políticas en el ámbito internacional y local, las orientaciones

de los profesionales, los gestores y los políticos y también los intereses sociales y los de los usuarios son elementos que aun requieren

del debate, del consenso, la cooperación y del sentido común si aspiramos a un mayor bienestar general.

\* CSM de Bermeo. C/ Areilza, 4. 48370 Bermeo. Tel.: 94.688.40.10.

\*\* EKIMEN. Investigación sobre Sustancias y Salud Mental. Apdo. 276. 48990 Algorta. Bizkaia. Tel.:600.48.55.44.

#### BIBLIOGRAFIA.

1. O'HARE, P.A.; NEWCOMBE, R.; MATTHEWS, A.; BUNING, E.C.; DRUCKER, E.(1992) The reduction of drug-related harm. London, Routledge. Versión castellana: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Edita Grup Igia. Barcelona, 1995.
2. COLOM, J.(1997). Los Programas de Reducción de Riesgos. *Adicciones*, Vol.(2), 163-170
3. DURO, P.; CASAS, M.; COLOM, J. (1995). Los programas de mantenimiento con metadona en la política de disminución de daños. Dpto. de Sanidad y Seg. Social. Hosp. San Pablo y XXI *Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*. Bilbao, 1994.
4. ROSENBAACH, A.; HUNOT, V. (1995). The introduction of a methadone prescribing programme to a drug free treatment service: Implications for harm reduction. *Addiction*, 90: 815-821.
5. CAPLEHORN, J.R.; DALTON, M.S.; MALDAR, F.; PETRENAS, A.M. y NISBET, J.G. (1996). Methadone maintenance and addicts risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse*, 31(2), 177-196.
6. POO, M.; MARKEZ, I.; ETXEGOIEN, R.; RUIZ, J.; PRESSER, E.; ORDIERES, E.; MENOYO, C.; LINAZA, I.; HERRAN DE LENIZ, M.; DIEZ, M.A.; DEL ARCO, J.; AIZPURU, A. (1997). *Programa de Mantenimiento con Metadona en Farmacias. Valoración tras un año de funcionamiento en Bizkaia*. Edita Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.
7. MARTIN-ZURIMENDI, JA.; MARKEZ, Y.; LARRAZABAL, LM.; ARALUZE, K.; AIZPURU, A.(1997) Programa de Objetivos Intermedios/ PMM en la red pública de Osakidetza. *Rev. Itaca* Vol II nº3: 53-82.
8. TORRENS, M.; CASTILLO, C. y PEREZ-SOLA, V. (1996). Retention in a low-threshold methadone maintenance program. *Drug and Alcohol Dependence* 41, 55-59.
10. FERNANDEZ MIRANDA, J.J. (1997). Efectividad de un tratamiento de mantenimiento con metadona en Asturias. Newsletter Euro-Methwork ,11: 9-10 y libro de Resúmenes del VI Congreso de la Sdad. Española de Toxicomanías. Santander, 1997.
11. COOPER, J.R. (1989). Methadone treatment and Acquired immunodeficiency Syndrome. *JAMA*; 262: 1.664 -1.668.
12. KREEK, M.J.(1991). Using methadone effectively: Achieving goals by application of laboratory, clinical and evaluation research and by development of innovative programs. En PICKENS ,RW.; LEUKEFELD, CG.; SCHUSTER, CR.(eds). *Improving drug abuse treatment .NIDA*. Rockville, pp 245-266.
13. METZGER, DS. et al. (1993). Human Immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in and out-of-treatment : An 18 month prospective follow-up. *Journal of AIDS* ; 6: 1049 - 1056.
14. CAPLEHORN, J.R. et al. (1994). Retention in methadone maintenance and heroin addicts'risk of death. *Addiction*; 89: 203 - 207.
15. GRÖNBLADH, L. et al. (1990). Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment *Acta Psychiatrica Scandinava*; 90 : 823 - 830.
16. DEL RIO, M. (1995). Antecedentes y evolución de los PMM (Mimeo). *Seminario sobre Programas de Tratamiento con Metadona*. Madrid. Marzo, 1995.
17. BELL, J. et al (1.995). Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. *Addiction*, 90: 823-830.
18. MC LELLAN, AT; ARNOLT, J.O.; METZGER, D.S.; WOODY, G.E. Y O'BRIEN, C.H. (1993). The effects of psychosocial services in substances abuse treatment. *JAMA* Vo. 268 nº 15, 1953-1959.
19. FARRELL, M.; WARD, J.; MATICK, R.; HALL, W.; STIMSON, G.V.; DES JARLAIS, D.; GOSSOP, M. y STRANG, J. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* Vol. 309, 997-1001.
20. BARR, C. et al. (1.997). El impacto de la metadona sobre el crimen en Glasgow. *Newsletter-Methwork*, 11: 13-14.
21. BELL, J.; HALL, W.; BYTH, K. (1.992). Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. *Br.J. Addict* 87: 251-258.
22. SIMPSON, DD. (1984). National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program ( DARP ) followup research. In TIMS, FM.; LUDFORD, JP.(Eds). *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, Progress and Prospects*. National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph 51. *DHHS:Pub. (ADM) :84-1329*. Washington 29-41.
24. MARCH, J.C; ZUNZUNEGUI, V.; ACEIJAS; C. (1999). *Evaluación del programa de mantenimiento con metadona en Andalucía*. Mimeo.
25. MAGURA, S.; SHAPIRO, JL; SIDDIQI, Q.; LIPTON, DS (1990). Variable influencing condom use among intravenous drug users. *Am.J Public Health* 1990; 80: 82 - 84.
26. MADDUX, J.F; VOGTSBERGER, K.N. y DESMOND, D.P. (1993). Program changes and retention on methadone. *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 10:3, 585-588.
27. PARRINO, M.W.(1992). State Methadone Treatment Guidelines.U.S. Department of Health and Human Services. Versión española : *Manual de tratamiento con metadona*. Grup Igia. Barcelona,1997).
28. MARKEZ, I.; PINILLA, E.; AIZPURU, A. (1998). Control de drogas en orina: Incidencia y utilidad en P.M.M. *Adicciones* Vol.10, nº2: 131-137.
28. STRAIN, E.C.; SUTZER, M.L.; LIEBSON, I.A. y BIGELOW, G.E. (1993). Dose-response effects of methadone in the treatment of opiod dependence. *Ann. Intern. Med.* 119, 23-27.
29. MAY, E.L.; MOSETTING, E. (1948). Some reactions of amidone. *Org.Chem.* 13: 459-464.
30. LING, W.; COMPTON, P.(1997). Opiate maintenance therapy with LAAM. In STINE, SM and KOSTEN, TR: *New treatments for opiate dependence*. Guilford Publications. New York.
31. SAN, L. El LAAM. Nueva alternativa en tratamientos de mantenimiento con sustitutivos. En MEANA, J.; BALLESTEROS, J. y PANTOJA, L.(Edits.). *Tratamientos sustitutivos en la dependencia a Opiáceos: metadona, LAAM, heroína*. I.D.D., Univ. de Deusto. Bilbao.
32. SWAN, N. (1994). States slow to approve LAAM. *NIDA Notes* 9: 12-13.
33. RAWSON, R.A.; HASSON, A.L.; HUBER, A.M. (1998). A 3 year progress report on the implementation of LAAM in the United States. *Addiction* 1998; 93: 533-540.
34. GINER, F.; MINO, A. (1997). La experiencia de administración controlada de heroína en Ginebra, Suiza. En MEANA, J.; BALLESTEROS, J. y PANTOJA, L.(Edits.). *Tratamientos sustitutivos en la dependencia a Opiáceos: metadona, LAAM, heroína*. I.D.D., Universidad de Deusto. Bilbao.
35. LEBEAU, B.(1997). Metadona en Francia: El cambio importante. *Newsletter Euro-Methwork* 10:3-4.
36. SCHOTTENFELD, RS.; PAKES, JR.; OLIVETO, A. et al.(1997). Mantenimiento con buprenorfina vs metadona en el tratamiento del