
Programas de jeringuillas

**MANUEL ROMERO VALLECILLOS⁽¹⁾; EUGENIA OVIEDO-JOEKES⁽¹⁾;
JOAN CARLES MACH CERDÀ⁽¹⁾; IÑAKI MARKEZ ALONSO⁽²⁾**

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

(2) Ekimen2000-Investigación sobre Salud mental y Sustancias. Bizkaia.

Enviar correspondencia a: Eugenia Oviedo Joeques. Tlfno: 958027514. e-mail: eugenia.oviedojoekes.easp@juntadeandalucia.es. Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuesta del Observatorio 4. Campus Universitario de Cartuja. Granada 18080

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión de los programas de jeringuillas en Europa, y en el Estado Español. Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJs) se dirigen a la población usuaria de drogas por vía intravenosa (UDI) en consumo activo, facilitando material de inyección esterilizado, para minimizar el riesgo de contagio de virus transmisibles por sangre, asociados al uso compartido de dicho material. Tras los primeros programas de jeringuillas en Ámsterdam en 1984, varios países adhirieron a esta iniciativa. En el Estado Español surgen a partir del año 1989, principalmente desde asociaciones implicadas en la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), extendiéndose a los programas de atención a toxicómanos y luego presentes en los planes autonómicos y nacionales, y, a partir de 1997, en algunas prisiones. En este trabajo analizamos las distintas modalidades de PIJ y las intervenciones que se llevan a cabo desde los programas, analizando sus fortalezas y debilidades, centrándose en modalidades de intervención especialmente innovadoras como los PIJs en farmacias o en prisión. Además de este recorrido histórico y de sus peculiaridades según los distintos modelos, se han revisado las evaluaciones que de estos dispositivos se han llevado a cabo, las cuales indican que los PIJs son efectivos y eficaces en la reducción de las tasas de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los consumidores, contactar con UDIs que no acceden a otros servicios, disminuir el número de jeringuillas usadas en circulación, ofrecer educación y consejo para un consumo más seguro, y posibilitar la entrada a tratamientos de drogodependencias. Se proponen algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de implantar un programa de reducción de daños y riesgos de estas características, enmarcado en un abordaje comunitario, que combinase la prevención, el tratamiento y las estrategias de reducción de daños.

Palabras clave: *Programas de jeringuillas. Reducción de daños. Heroína. Virus de inmunodeficiencia humana.*

ABSTRACT

The aim of this study is to review the syringes programs in Europe principally in Spain. Syringes programs exchange programs (SEP's) are designed to active UDI population, facilitating sterilized injection paraphernalia, to diminish the risk of blood born virus transmission, associated to this material sharing. After the first programs of syringes in Amsterdam in 1984, several countries adhered to this initiative. In the Spanish State they arise as of the year 1989, mainly from associations implied in the fight against the AIDS, extending to drug addicts attention programs and soon present in the autonomic and national plans and, as of 1997, in some prisons. In this review, we examine the modalities of SEP, specially innovating modalities like the SEP in pharmacies or prison, and other interventions carried out from this programs, analysing their strengths and weaknesses. In addition to this historical route and its peculiarities according to the different models, the evaluations of these devices have been reviewed, showing that SEP's are effective in the reduction of HIV incidence among IDU's, contact with IDU's who have no access to other services, minimize the number of circulating used syringes, provide education and counselling for a safer drug use, and facilitate the entrance to drug treatment. We suggest aspects to consider at the time of implanting a program of these characteristics, in a framework of a community approach, combining prevention, treatment and harm reductions strategies.

Key words: *Syringe programs. Harm reduction. Heroin. Human immunodeficiency virus*

1. INTRODUCCIÓN

A principios de los años 70 se registró un incremento del consumo de heroína por vía inyectada en Europa, el cual se extendió rápidamente entre finales de los 70 y los 80, dejando de ser un problema individual para convertirse en un problema de la comunidad en general y de salud pública en particular.

La aparición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a inicios de los 80 encontró en el consumo de heroína por vía inyectada una forma extremadamente rápida y eficaz de propagarse, convirtiendo a los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDIs) en el grupo más afectado por este virus. Desde 1990 España se sitúa a la cabeza en tasas de incidencia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA en Europa, siendo la vía parenteral la principal forma de transmisión, que al 30 de junio de 2003 da cuenta del 65,1% de los casos registrados en la población adulta ¹.

Como respuesta a la rápida expansión del VIH entre las personas UDIs, surgieron las políticas de reducción de daños. El concepto de reducción de daños apunta a reducir o prevenir consecuencias negativas para la salud asociadas a determinados comportamientos. Los programas de reducción de daños y riesgos en relación al uso de drogas, proponen una alternativa pragmática en medidas socio-sanitarias para aquellas personas que no quieren o no pueden dejar la droga pero sí quieren dejar de estar excluidos socialmente por su condición de toxicómanos. Para muchas personas la abstinencia total no es una opción viable a corto plazo, por lo que otras opciones son necesarias posibilitando, por ejemplo, un uso menos frecuente y/o más seguro de la vía inyectada, un consumo más seguro para el usuario en particular y la comunidad en general. Por lo tanto, las intervenciones de reducción de daños no sólo se apoyan en el conocimiento científico y la vigilancia en salud, sino en el sentido común y los derechos humanos.

Los motivos que llevaron a que se implantaran los programas de reducción de daños

en general, y en el estado español en particular, surgieron de una visión realista y pragmática de la problemáticas de las drogas. La población usuaria de opiáceos estaba anclada en su adicción, y presentaba un deterioro notable tanto de su salud, como de sus condiciones sociales, con un aumento vertiginoso de la incidencia de enfermedades infecciosas. Éstas personas no eran captadas por los centros de salud, y los programas terapéuticos libres de drogas fracasaban una y otra vez en el tratamiento, empujando a los usuarios a entrar y salir constantemente de éstos programas ². Por ello, se estimó que la abstinencia no podía ser la única alternativa posible y que no conseguía hacer frente a todas las problemáticas asociadas al consumo de drogas. Se debía facilitar el acceso de los toxicómanos a la red asistencial, propiciar una mejora en su calidad de vida, favorecer un consumo más seguro para ellos mismos y la comunidad, objetivos hacia los que se orientan las políticas de reducción de daños.

Existen diferentes formas de reducción de daños entre personas UDIs, como lo son las terapias sustitutivas (mantenimiento con metadona, buprenorfina, LAAM), prescripción médica de heroína, dispensación de material de inyección y condones, consejo sobre formas seguras de consumo, entre otras. Los programas de jeringuillas, en su mayoría programas de intercambio de jeringuillas (PIJs) pueden considerarse una modalidad prototípica de la reducción de daños ², puesto que se dirigen a la población UDI en consumo activo, para minimizar el riesgo de contagio de virus transmisibles por sangre, asociados al uso compartido de material de inyección infectado. Hace 20 años, a mediados de la década del 80, se realizaron los primeros intercambios y dispensación de jeringuillas y material de inyección a UDIs, cuya finalidad principal era promover el uso de jeringas esterilizadas como forma de prevención de la transmisión del VIH. Actualmente, más allá de las diferentes modalidades, los objetivos de los PIJ se pueden resumir de la siguiente manera:

- Proveer de material de inyección esterilizado a cambio de jeringuillas usadas.

- Distribuir materiales necesarios para un consumo con menos riesgo de infección (toallas, alcohol, etc.)
- Entregar preservativos e información sobre transmisión del VIH.
- Brindar información, educación y consejo sanitarios para un consumo más seguro.
- Contactar con UDIs que no son alcanzados por otros servicios socio-sanitarios.
- Posibilitar a las personas UDIs el acceso a tratamientos de drogodependencia y a otros recursos socio-sanitarios.
- Mantener un contacto estable y continuo con los usuarios de este servicio, a fin de adaptarlo a sus necesidades.

2. EVOLUCIÓN DE LOS PIJS

Los primeros PIJs surgieron a mediados de los años 80, en Holanda (1984), Australia (1986) y el Reino Unido (1986)³. El objetivo principal era reducir el riesgo de contagio de VIH y hepatitis B entre UDIs por el uso de material de inyección infectado. Se pretendía promover el uso de jeringas y agujas limpias, accesibles y gratuitamente, proporcionando también información sobre el VIH ⁴. A partir de entonces, muchos países se unieron a esta iniciativa aunque no sin controversias, de fondo y forma. Dependiendo de las políticas de drogas de cada región y de las características de la población UDI, se desprendieron diferentes consideraciones y modalidades de éstos programas. Por ejemplo, Holanda a finales de los 70 orientó su política de drogas hacia una visión más pragmática, lo que abrió un espacio concreto para el ingreso de las acciones de reducción de riesgos. En 1984 el servicio de salud de Ámsterdam, junto con la asociación de drogadictos (*junkie's union*) organizaron el reparto de jeringas y agujas esterilizadas a cambio las usadas, entre UDIs⁴. Por el contrario, las políticas de tolerancia cero como única opción y la guerra a las drogas generaban otras formas, como es el ejemplo de los Estados Unidos, donde

las leyes restringían la posesión y distribución de jeringas y agujas, lo que impedía un desarrollo operativo de los PIJs ⁵, llegándose a intercambiar y dispensar jeringuillas de forma "ilegal" durante años⁶ teniéndose que adquirir el material de inyección en el mercado negro, con el consiguiente riesgo de no estar realmente esterilizado ⁷, cosa que no ocurría en otros países donde se podían adquirir las jeringas en farmacias incluso antes de la aparición de los PIJs. Otros ejemplos lo tenemos en países como Francia, donde demoraron en entender la gravedad de la epidemia del SIDA, y si bien los PIJs están disponibles desde 1989, no se los reconoció oficialmente hasta el año 1995 ³.

A finales de los años 80, en general, el concepto de reducción de daños no había encontrado un respaldo consumado ni un reconocimiento abierto en las políticas sanitarias. Muchos de los obstáculos que encontraron los PIJ se derivaron de ello, puesto que chocaban con los aspectos políticos imperantes, con la filosofía subyacente sobre las drogas ilegales, sobre si las personas adictas tienen capacidad de decisión o si hay que decidir por ellos, o si son delincuentes que deben estar separados de la sociedad en general. Por otra parte se presentaban otros obstáculos a la implantación de los PIJs, como por ejemplo, en algunos casos, la oposición de los vecinos a que se ubicaran en su barrio tales centros. Muchas personas no querían tener en su barrio un centro de intercambio puesto que temían que su lugar de residencia se viera invadido por "*junkies*" atraídos por este servicio, y que sus espacios públicos se llenasen de jeringuillas, con el consiguiente miedo al contagio de VIH por accidentes fortuitos. Por estos reclamos, se llegaron a cerrar algunos PIJs ⁸, a pesar de que en teoría (se da una jeringuilla a cambio de otra) y en la práctica (no se han encontrado mayor número de jeringuillas tiradas cerca de los PIJs) no se han confirmado tales temores ^{9,10}. Así mismo, otra reticencia a la instauración de los PIJs, se refiere al temor de estar fomentando con ello el uso de la vía endovenosa. Repartir jeringuillas era sinónimo de incitar al uso de la

vía inyectada, relación que nunca ha sido probada. Además, el hecho de que el material de inyección facilitado se destinase al consumo de sustancias ilegales conllevó en algunos lugares un extenso debate sobre la "legalidad" de repartir dicho material y de portarlo, llegando incluso a ser decomisado.

2.1. Programas de Intercambio de Jeringuillas en España

Las primeras iniciativas de distribución e intercambio de jeringuillas en España se llevaron a cabo por parte de asociaciones no gubernamentales que trabajaban estrechamente en la prevención de SIDA. Las primeras experiencias se llevaron a cabo en Bilbao ¹¹ y Barcelona ¹², en 1988. En el verano de 1988, la Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Bizkaia comienza a intercambiar y dispensar gratuitamente jeringuillas y material de inyección a UDIs, además de proporcionar otros servicios a este colectivo. En ese momento, las farmacias en general no dispensaban jeringuillas por unidades sino en paquetes de 100 o se ofrecían las de cristal con no pocas reticencias. Así, los integrantes de la Comisión Anti-SIDA, constituida por usuarios de drogas y personas cercanas a esta problemática, se acercaban a los pisos y zonas en donde se consumía y vendían heroína y cocaína, donde se distribuían jeringuillas y se ofrecían contenedores de plástico para desechar las usadas. Tras unos meses, este trabajo de aproximación a los locales de consumo, donde se solía llevar lejía y otros elementos de limpieza, sirvió para que los UDIs se acercaran al programa de intercambio en los locales de la Comisión habilitados para ello. Estos primeros meses de funcionamiento y la buena acogida de las personas usuarias, sirvieron para que estos programas se diseminaran a otras Comisiones Ciudadanas y surgieron otras asociaciones en las diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español.

Un año más tarde se pone en marcha en las farmacias vascas gracias a los esfuerzos de los profesionales del Plan Sida de Euskadi, el primer Kit Antisida vendido en farmacias, que contenía una jeringuilla con su funda para

su deshecho sin peligro de pinchazo, toalla de alcohol, preservativo, ampolla de agua y mensaje sanitario. Años después se uniría a esta iniciativa de la farmacia Comunitaria, la dispensación de metadona desde este dispositivo. La instauración en farmacias de un verdadero programa de intercambio de jeringuillas, se hizo esperar un poco, pues aunque el material estaba garantizado, la recogida del material de inyección sucio en contenedores disponibles en farmacias llegó más tarde.

Los PIJ en dispositivos móviles aparecen en Barcelona (Ciutat Vella) en 1991, y años más tarde, en 1997 se da la primera experiencia piloto de intercambio de jeringuillas en una prisión. La prisión de Basauri en Bizkaia, acoge esta iniciativa, dónde el intercambio se desarrolla por el equipo de toxicomanías de este centro y también el sanitario. Desde esta primera experiencia hasta ahora, si bien España es uno de los países de Europa que ofrece este programa en prisiones, pocos Centros Penitenciarios han implementado estos programas o evaluado la posibilidad de hacerlo. También se instauraron máquinas de dispensación. Dentro de la estrategia de diversificación de programas de intercambio de jeringuillas, aparece una experiencia interesante de dispensación de jeringuillas con medios mecánicos en Cataluña. En 1999 se pone en marcha en Tarrasa y Reus, dos dispositivos mecánicos de recuperación de jeringuillas usadas y dispensadoras de material estéril de inyección.

De aquella época, en la que los programas de dispensación formaban parte de las actividades de prácticamente de todas las ONG's que ya trabajaban en el campo de las drogas, no sólo se ha transformado el tipo de drogas que con más frecuencia son consumidas (de la heroína a la cocaína y/o a la mezcla de ambas), sino también la vía de consumo. A pesar de que aún son algunas las zonas en las que la vía inyectada sigue teniendo una gran importancia (Norte de la península, Cataluña, Mallorca y País Vasco), se ha constatado como el cambio de vía de consumo (de la vía intravenosa a la inhalada y/o fumada), ha tenido como una de las consecuencias más

evidentes el cambio simultáneo de las prioridades de las instituciones financiadoras de estos proyectos con el consecuente cambio en la metodología de los mismos entre otros. Así de la situación que se daba hasta finales de los 90 en que era casi lógico que toda asociación, ONG u otro tipo de entidad que trabajara en el campo de las drogas y el SIDA tuvieran entre sus actividades, con más o menos organización programática, este tipo de proyectos, pasada una década se puede afirmar que de la cantidad hemos pasado a la calidad y a la especialización en las entidades que aún hoy siguen trabajando en ellos. Comisiones Antisida, Hontza (Caritas-País Vasco), SAPS (Creu Roja-Barcelona), Can Tunis (ABD-Cataluña), Médicos del Mundo (Andalucía, Madrid, País Vasco), así como algunas otras ONG's han debido diversificar sus Programas de Jeringuillas especializándose en un perfil concreto de población y/o adhiriéndose a una metodología que forma parte del conjunto de actuaciones destinadas a reducir daños. Se han ido implantando los intercambio nocturnos, programa de acercamiento en escenas abiertas de consumo o a una población concreta, como es el caso de las personas que trabajan el sexo o son inmigrantes.

La mayor parte de las ONG's han abandonado la coexistencia de programas de intercambio por la mayor presencia en esta tarea de Centros de salud, urgencias sanitarias, y especialmente por una de las razones más lógicas: la creación de los centros de venopunción higiénica y los centros de emergencia social que han asumido como uno de sus pilares esta actividad. De gran importancia ha sido la incorporación de los programas integrales de farmacias, algunas prisiones y especialmente en centros asistenciales de carácter sanitario en los que las disposición de materiales preventivos forman parte de su oferta de servicios. Sin que ello signifique que los programas han tomado un gran protagonismo, éstas instituciones han asumido el carácter de depósitos, en los que la tenencia de material de inyección y condones, asegura no sólo la disponibilidad inmediata para los

usuarios, sino también el que las demás entidades, que hasta dichas fechas dedicaban un espacio entre sus programas para adquirir su propio material, tienen al alcance el mismo sin necesidad de dedicar recursos económicos para su adquisición.

3. MODALIDADES DE PIJS

Si bien los programas de intercambio tienen un objetivo específico concreto, entregar jeringuillas esterilizadas a cambio de otras usadas, la forma en la que este intercambio se lleva a cabo difiere en base a las políticas sobre drogas de cada región, las características de la población diana, el mercado de drogas y los demás recursos disponibles. Por ejemplo, la implantación de un PIJ en una zona donde las farmacias no dispensan material de inyección tendrá características diferentes a otro que cuente con esta alternativa. Restricciones en el número de jeringuillas intercambiables por usuario por día, tipo de droga de mayor consumo (heroína o cocaína), entre otras cuestiones, conllevan diferentes modalidades de PIJ.

No obstante, y a modo ilustrativo, podemos agrupar los programas en el estado Español a partir de ciertas características más notorias: móviles, fijos, máquinas dispensadoras, farmacias y prisiones.

3.1. Programas en locales y dispositivos estables

En el Estado Español no se han creado locales específicos para el intercambio de jeringuillas, sino que se ha integrado este servicio en recursos existentes (ONGs, Centros de atención a las Drogodependencias, Centros de Salud). Podríamos decir que los únicos dispositivos específicos de intercambio de jeringuillas son los móviles. Si bien existen otros dispositivos (salas de venopunción, centros de día, centros de noche, albergues, etc.), que también brindan este servicio, tienen otros objetivos.

Puesto que en sus inicios, las dispensaciones e intercambio de jeringuillas se realizaban desde los locales de las ONGs, el conocimiento que tenían los usuarios sobre su ubicación física, por haber hecho uso en algún momento de los servicios que prestaban, facilitó la puesta en marcha de estos programas.

El conocimiento general de la disponibilidad en estos centros de jeringuillas o preservativos se dio por "el boca a boca". En general no hubo un rechazo hacia los mismos por los vecinos de los locales, puesto que dichos programas fueron implantados discretamente y dentro de la oferta general de actividades de las distintas asociaciones.

El gran número de convocatorias públicas para la financiación de estos programas, le dio tal impulso a los mismos que casi el 100% de dichas asociaciones incorporaron programas de jeringuillas a sus actividades iniciales. Sin necesidad de habilitar espacios especiales, sólo se requería contar con los medios materiales y especialmente cómo deshacerse de la acumulación de contenedores repletos de jeringuillas usadas que sólo con convenios con hospitales (para ser destruidas en sus incineradoras) dieron solución al problema.

Los programas se fueron integrando en centros asistenciales y específicos de atención a drogodependencias. Los centros asistenciales generalmente dispensan jeringuillas en las urgencias sanitarias, por ser el lugar más adecuado dada la diversidad de intervenciones que realiza además de causar menor rechazo ante la presencia de drogodependientes que demandan una jeringuilla nueva. Podríamos decir que, excepto contadas excepciones, no son programas específicos de intercambio de jeringuillas en sí mismos, al carecer de las condiciones, características y objetivos que requiere una actividad programada.

Ventajas:

Se pueden integrar en instituciones que brindan otros servicios a la población UDI; Permite aprovechar el acercamiento a estos dispositivos para trabajar sobre otros fines complementarios que ofertan los dispositivos;

Son estables y constantes; Cuenta con equipos multidisciplinares para dar una respuesta amplia a las necesidades de la población diana; La estructura de dichos dispositivos permite realizar evaluaciones más profundas y existe un menor rechazo ciudadano por estar habituados los vecinos al perfil y visitas de drogodependientes

Inconvenientes:

Su ubicación geográfica puede condicionar su uso, al estar alejado de los puntos de reunión de la población diana; las restricciones de horarios y la imposibilidad de mantener el anonimato.

3.2.1 Programas en farmacias

Además de vender jeringuillas, algunas farmacias del Estado Español se han incorporado al programa de dispensación de jeringuillas y dispensación de metadona. Si bien a inicios de los años '90 hubo cierto rechazo por parte de algunos farmacéuticos a vender jeringuillas, con temor a la posible pérdida de clientela, con el paso de los años, se fueron implicando gran parte de profesionales farmacéuticos en los programas especialmente diseñados para las farmacias, dónde los usuarios acudían demandando el KIT AntiSida. Así, las farmacias han ofrecido el conjunto de materiales mínimo que se considera necesario para evitar no sólo el utilizar jeringuillas usadas, sino además de resto de materiales que pueden favorecer dicha infección. Dentro de los compromisos adoptados por los Colegios de Farmacéuticos que se sumaron a esta medida, además de facilitar los materiales, simultáneamente ofrecían, si el usuario lo demandaba, información sobre recursos asistenciales, dudas sobre educación para la salud, entre otras medidas cuyas evaluaciones recientes han dado unos resultados alentadores. En algunas zonas y barrios concretos han obtenido un protagonismo tan alto, que en la encuesta realizada por la Fundación Bartolomé de Carranza en Enero del 2002¹³, son apreciadas como uno de los puntos de referencia mejor considerados por los usuarios de dichos programas.

Ventajas:

Mayor disponibilidad de horarios.

Más discretos.

Refuerza el papel socio-sanitario de los profesionales acercándolos a una función que la misma industria reclama hace tiempo.

La red amplia de farmacias facilita el acercamiento de drogodependientes a un dispositivo sanitario de fácil acceso.

Inconvenientes:

Menor posibilidad de realizar labores educativas.

El miedo a la pérdida de los clientes tradicionales ha limitado la implicación de un gran número de farmacias.

Se requiere una gran concienciación sobre el problema central de las toxicomanías, y formación específica.

3.2.2. Máquinas dispensadoras /intercambiadoras

Las máquinas que intercambian jeringuillas estériles lo hacen a cambio de otras usadas o monedas. Estos dispositivos pueden implementarse por sí mismos, o complementarse con algunos de los programas de intercambio de jeringuillas ya existentes. Si bien varían en modelos. Además también se pueden crear KITS con preservativo y con agua destilada, que la misma maquina expende.

Beneficios:

Permite, en horarios distintos de los comerciales, el acceso a estos materiales.

La privacidad está garantizada.

Permite mantener un dispositivo estable en zonas donde no se cuenta con locales de intercambio.

Aspectos negativos

Impide cumplir con uno de principales objetivos del intercambio: el contacto son el usuario.

Requieren de una gran inversión inicial.

Su utilización se ve condicionada por la ubicación física de las máquinas.

3.2. Unidades móviles:

Los dispositivos móviles acercan los PIJs a los lugares que los UDIs frecuentan. Son programas que cuentan con el beneficio de acceder a perfiles de drogodependientes de difícil localización. Estos dispositivos móviles, además de realizar el intercambio de jeringas, ofrecen la posibilidad de realizar pequeñas curas, atender demandas sociales y simultáneamente recogen información de las personas que a ellos acuden con el fin de poder facilitarles el acceso a pensiones, paquetes de comida, ropa y una gama amplia de ofertas que tienen como fin que la demanda de jeringas o preservativos se vea acompañada por otro tipo de servicios que suelen abordar "la salud global" (vivienda, hijos, resolución de problemas judiciales, etc.) de los pacientes que acuden a los mismos. Algunas de éstas unidades móviles suelen trabajar con equipos multidisciplinares (educadores de calle, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.).

El diseño de una Unidad Móvil, suele tener dos ofertas de servicios diferenciados. Una oferta exterior que permite y facilita mediante una ventana la entrega de materiales y diseñada para que el intercambio o dispensación pueda realizarse con el máximo de rapidez y sin que deban existir a priori más que el suficiente contacto para poder realizar dicha actividad. En su interior tiene dos partes diferenciadas, una en la que se atenderán las demandas que requieran de mayor tiempo y que tiene la misma configuración que un despacho y una zona contigua adaptada a la realización de atenciones médicas. En otro tipo de servicios de similares características, se suele cambiar algunos de las anteriores ofertas por lo que se denomina "café-calor".

Requiere de un pequeño espacio para que aquellas personas que lo deseen puedan descansar en su interior mientras toman un café o algún tipo de alimento reparador. Algunas de éstas unidades móviles integran en su evolución el desarrollo de programas de segunda generación o de afianzamiento de cambios así como oferta de medicamentos y dispensación de metadona.

Los recorridos y horarios de estas Unidades suelen responder a la localización previa y a los resultados de estudios y protocolos de intervención que previamente a la puesta en marcha del servicio se llevaron a cabo. Esto permite que los demandantes sepan con anterioridad la frecuencia y las zonas donde el dispositivo va a estar realizando su trabajo.

No todos los programas móviles pueden contar con un recurso tan gravoso como un vehículo con las características mencionadas anteriormente. Algunos de los considerados como móviles, lo son por el hecho de que los trabajadores del servicio se desplazan a las zonas donde previamente han detectado la presencia de personas usuarias de drogas por vía intravenosa. En otros casos se sitúan en los lugares cercanos a donde se venden o reúnen un gran número de UDIs y realizan el intercambio como única tarea, siendo que, no obstante, suelen aprovechar los contactos que por este motivo se producen para ofertar otro tipo de ayudas que requerirían de una intervención posterior en un centro específico. Así, estos programas se enmarcan entre los programas móviles a pesar de no contar los trabajadores con un dispositivo de esas características. Su mayor valor lo da el que, generalmente, las personas que realizan este trabajo han sido antiguos toxicómanos o personas próximas que cuentan con un gran conocimiento del terreno, y el respeto por parte de los posibles usuarios. Los "agentes de salud" provistos de sus respectivos conjuntos de KITS, se dirigen a las zonas y horarios que conocen por su experiencia, portando además un barril, para que los materiales usados sean introducidos en el mismo por los propios usuarios, además de guantes

y pinzas para la recogida de posibles jeringas encontradas en las zonas de consumo.

Ventajas:

Su mayor valor reside en el acercar sus ofertas a un gran número de puntos de consumo y a zonas donde el establecimiento de locales o dispositivos estables sería imposible.

La movilidad permite estar en diferentes puntos adaptando los mismos en función de los cambios que vendedores y compradores van realizando por motivos de seguridad y otros.

Posibilidad de abarcar en poco tiempo un mayor número de lugares de contacto.

Mayor difusión pública de la actividad al ser el autobús un reclamo acercando su conocimiento a la población en general.

Favorece la complicidad entre los trabajadores del PIJ y los usuarios del mismo al incluir entre sus actividades la disponibilidad de café, "calor", pequeñas curas, etc.

Permite el uso anónimo del dispositivo.

Inconvenientes:

Al ser dispositivos llamativos, son aprovechados por la policía para la localización de personas en situación ilegal.

Lo claro de su actividad facilita el enfrentamiento con los vecinos de las zonas donde se ubica.

Requieren de un buen conocimiento por parte de los usuarios del servicio sobre las zonas y horarios donde se ubicará en los trayectos que realiza.

Aleja a potenciales usuarios por la relación clara entre el servicio que ofrece y el rechazo que producen las personas que a él acuden.

Dificulta el control, registro y seguimiento posterior de aquellos que realizan demandas incluidas entre su oferta de recursos.

Resultan gravosos de mantener, especialmente en la primera fase de dichos proyectos donde la adquisición del dispositivo y los horarios nocturnos encarecen el mantenimiento de estos programas.

Requieren de la realización de estudios previos o protocolos de intervención a fin de incorporar un conocimiento exhaustivo sobre las zonas a visitar, los horarios de más presencia de toxicómanos y otros aspectos que aumenten la seguridad para los posibles usuarios del programa.

4. PROGRAMAS EN PRISIÓN:

Las prisiones juegan un papel fundamental en la expansión de enfermedades infecciosas debido al hacinamiento, nutrición pobre, acceso limitado a los cuidados médicos, el uso de drogas y las prácticas de riesgo ligadas a dicho consumo, relaciones sexuales sin protección y la práctica de tatuajes. Gran parte de la población reclusa proviene de grupos excluidos socialmente, como los UDIs, con un riesgo elevado de infección por VIH¹⁴. En la mayoría de los casos, los altos índices de la infección del VIH en prisiones se ligan a compartir material de inyección y encuentros sexuales sin preservativo.

Las tasas de infección de VIH, de hepatitis B y C (VHB; VHC) son mayores en la población reclusa que en la comunidad en general, y las cárceles albergan un alto número de personas usuarias de drogas. Dado el riesgo asociado al consumo de drogas y otras prácticas de riesgo (tatuajes, sexo no seguro), la prisión es un espacio particular para la expansión del VIH, VHC y otras enfermedades infecciosas. Además, existe un constante movimiento de la población hacia y fuera de la prisión, por lo que no podemos considerar que éste sea un problema sólo de la población reclusa, sino que atañe a la comunidad en general¹⁵. Si bien muchos UDIs dejan de inyectarse en prisión, en ese ámbito el consumo por vía endovenosa alberga mayores riesgos debido a la escasez de material, lo que conlleva a compartir agujas y jeringas con mayor frecuencia, donde una misma aguja puede ser utilizada por 15 o 20 reclusos, y a veces son fabricadas por ellos mismos, causándose daños e infecciones¹⁶.

En las cárceles europeas en general, y del estado español en particular, más del 50% de los reclusos consumen drogas. Si bien el consumo en la cárcel merma con respecto al consumo fuera de ella, la gran mayoría de los reclusos no cesan el consumo, y algunos se inician dentro de la cárcel. Las políticas de drogas en prisiones se han orientado en general, a la abstinencia, siendo que la implementación de medidas de reducción de daños ligados al consumo de drogas ha encontrado muchas resistencias.

Si bien en algunos países los programas de jeringuillas están disponibles desde mediados de los '80, su implantación en prisiones ha sido más lenta. A pesar de que se cuenta con evidencia a favor de estos programas, pocas prisiones en el mundo han puesto en marcha programas de intercambio de jeringuillas. En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un informe sobre las directrices para prevenir el VIH en las prisiones, donde establece que: *"Todos los prisioneros tienen el derecho de recibir atención médica y medidas preventivas, equivalentes a las que están disponibles en la comunidad en general [...] Las medidas preventivas (del VIH) deben orientarse a las conductas de riesgo que efectivamente tienen lugar en las prisiones, principalmente el compartir material de inyección y las relaciones sexuales sin protección. [...] En aquellos países en los que se dispone de material de inyección esterilizado para los UDIs de la comunidad, se debe considerar el proveer del mismo, durante la detención, a los prisioneros que así lo solicitaran"*¹⁷. No obstante, estas recomendaciones de la OMS, sobre proveer material estéril en las prisiones, no se han derivado en una masiva implementación de los PIJs en las cárceles europeas¹⁸. Si bien se reconoce que el número de reclusos con VIH, VHC y VHB es alta, con una importante probabilidad de nuevas infecciones por el uso clandestino de drogas por vía parenteral, las instituciones penitenciarias se resisten a adoptar medidas de reducción de daños. Los argumentos que se han esgrimido en contra de la implementación de los PIJs en prisión, Stöver¹⁹ los resume de la siguiente manera: darán lugar a amenazas al personal y

a otros reclusos; incrementará el consumo de drogas; inducirá al consumo de la vía inyectada entre los no UDIs y no usuarios de drogas; se opone a los objetivos de abstinencia y es una manera de mandar un mensaje erróneo sobre el uso de drogas.

En 1992, y tras una iniciativa del médico de la prisión que luego se institucionalizó, se puso en marcha el primer PIJ en una prisión Europea, en Suiza ²⁰. A partir de allí, se han realizado estos programas en otras prisiones europeas, teniéndose constancia en 2003 de haberse implementado en 41 centros penitenciarios en Suiza, Alemania, España y Maldivas (sur de Rusia) ¹⁹. Los PIJs se han llevado a cabo en prisiones tanto de hombres como de mujeres, en general de pequeño tamaño (no más de 600 reclusos) y baja seguridad, siendo que las modalidades del intercambio han sido básicamente o bien con máquinas expendedoras o a través de profesionales sanitarios, tanto de la prisión como de fuera de ella.

Las evaluaciones de las experiencias con programas de intercambio en prisión han arrojado resultados alentadores. Si bien todos los autores coinciden en que dichos resultados no son extrapolables a otras prisiones debido a las particularidades de cada una de ellas, también coinciden en que se ha demostrado que la implementación de los PIJs en prisión es una alternativa absolutamente viable. En los resultados obtenidos en diferentes estudios ^{15;18-24} tras evaluar el funcionamiento del programa podemos destacar lo siguiente:

- Drástico descenso del uso compartido de jeringas.
- Estabilidad en el consumo de drogas o descenso.
- En gran parte de las prisiones no se han registrado seroconversiones (VIH, VHB ó C) a partir del PIJ.
- Derivación de los participantes del PIJ a otros tratamientos de drogas.
- Las tasas de retorno del material de inyección es prácticamente de 1:1 (entre el 82%, en Basauri ²¹, y 98,9% en Vechta ¹⁹).

- No se ha registrado una sola incidencia violenta en relación con la posesión de agujas provistas por el programa.

Los profesionales evalúan positivamente la experiencia, prefiriendo el intercambio cara a cara, puesto que permite mayor control y posibilidades de intervención. Los UDIs evalúan positivamente el PIJ, prefiriendo las máquinas intercambiadoras por ser más discretas.

En el Estado español, los primeros programas de intercambio de jeringuillas en prisión, se llevaron a cabo en la prisión de Basauri, Bilbao, en 1997 ²¹, y en 1998 en el Centro Penitenciario de Pamplona ²⁴. Solamente en 9 cárceles estaba implantado este tipo de programas en el año 2003 ²⁵, en cárceles de Canarias, Galicia, Navarra y el País Vasco, habiéndose generalizado posteriormente la indicación y las referencias a su interés preventivo. En Catalunya, donde fueron transferidas las competencias en materia penitenciaria, de las nueve cárceles existentes sólo en Tarragona y en Ponent (Lleida) se lleva adelante el programa en la actualidad. No obstante, las resistencias a la normalización de estos programas siguen siendo notorias en muchas cárceles.

Desde el inicio y a lo largo de dos años de funcionamiento del PIJ en Basauri, se llevó a cabo una evaluación del mismo, cuyos resultados, al igual que en Pamplona, reflejan la viabilidad de estos programas en el contexto penitenciario. En este Centro, el intercambio de jeringuillas fue llevado a cabo por un equipo sanitario externo a la prisión. Tras la implementación del PIJ no se ha producido un aumento significativo del consumo de drogas, ni de su uso por vía parenteral, siendo que se reduce la reutilización y el préstamo de jeringuillas. Los internos juzgan positivamente el programa, valorando la atención personalizada por gente joven y empática y reconociendo que no han tenido problemas derivados del uso del PIJ ni con otros internos ni con los funcionarios. Los funcionarios también evalúan positivamente el PIJ, aludiendo que no ha generado ninguna clase de conflictos, aunque estiman que las normas de

su implementación deben ser rígidas y que debe ser ejecutado por personal de la prisión. La evaluación por parte del equipo ejecutor del PIJ acentúa el hecho de que el programa ha facilitado la labor educativa y sanitaria, y la derivación de los usuarios a programas de tratamiento. El equipo médico de la prisión reconoce que la implantación de este programa ha permitido conocer la realidad del consumo de drogas en prisión, que no se han producido patologías asociadas a dicho consumo, y que no se han registrado episodios en donde las agujas se hayan utilizado como armas ²¹. La evaluación de la experiencia en el Centro Penitenciario de Pamplona también ha mostrado resultados positivos, siendo que, por ejemplo, desde la implantación del PIJ hasta 2001, no se produjo ningún caso de seroconversión a VIH, VHB ó C. El consumo de drogas fue estable, disminuyó el uso compartido y la reutilización de jeringuillas, se llevaron a cabo derivaciones a tratamiento por drogas y se obtuvo una tasa de retorno del 94,1%. Sí se produjo un aumento de consumo de cocaína inyectada, lo cual, tras petición de los internos, derivó en la incorporación al PIJ de otro tipo de jeringuilla ²⁴.

La Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA en colaboración con la Dirección General de Asuntos Penitenciarios en un documento presentado en Abril del año 2000 ²² aportaba las condiciones básicas por las que debían regirse todos los programas de jeringuillas en prisiones. Dicha normativa sería el resultado del estudio particular en cada Centro Penitenciario sobre las circunstancias relacionadas con el consumo de drogas por vía endovenosa y del número de reclusos que demandarán las mismas. Estas serían tres de las consideraciones a seguir para la implantación del servicio:

Adaptarse a las necesidades y circunstancias del centro y de los diferentes usuarios

Garantizar la confidencialidad de los usuarios de los programas.

Evitar actitudes coercitivas y moralizantes con los usuarios atendidos.

Las normas de funcionamiento deben ser claras en su exposición y de fácil comprensión por los posibles usuarios de dicho programa. Debe primarse el intercambio (con el fin de hacer desaparecer del centro las jeringas usadas) frente a la dispensación. Otro criterio a seguir es evitar las sanciones en beneficio del diálogo y de los mensajes sanitarios, acompañando el programa con intervenciones socio-educativas relacionadas con el sexo seguro y la forma de inyectarse con el menor riesgo posible. Respecto a la ubicación física en cada Centro, los lugares designados garantizarán la máxima accesibilidad física, psicológica (el lugar debe estar en una zona discreta que evite al usuario sentirse controlado o vigilado), que no sea un lugar excesivamente transitado. Los horarios para realizar la actividad se adaptaran a normas que procuren la adaptación al régimen interno y la adherencia de los internos a dicho acceso con la menor de las dificultades posibles.

Las Instituciones Penitenciarias no son ni el lugar ni el contexto más adecuado para tratar las drogodependencias. En general, no es posible dar en prisión el adecuado tratamiento individual acorde a la historia adictiva de cada paciente, dado que no se cuenta ni con el personal especializado ni con los materiales necesarios para ello ^{23,25}. Proveer de material de inyección para el uso de drogas ilegales en prisión a muchos les resulta paradójico ¹⁵. No obstante, los programas de intercambio de jeringuillas en prisiones deben realizarse en el marco de las estrategias de reducción de daños y no como experiencias aisladas. Los estudios reseñados muestran la importancia de que éstas estrategias estén coordinadas, con normas claras, teniendo en consideración las necesidades de los usuarios y las características del centro. Además, la posibilidad de implantar un PIJ previo pilotaje, permite la colaboración por parte de todos los implicados en el diseño del mismo. Si bien el PIJ no es un programa para todas las cárceles, en todas las cárceles debería evaluarse la posibilidad o necesidad de implementarlo ²³.

5. EVALUACIÓN DE LOS PIJS

La provisión de material de inyección esterilizado es uno de los principales abordajes para la reducción del riesgo de infección de VIH en UDIs. Los PIJs se asocian a una menor incidencia de VIH entre UDIs^{5,7,26,27}, a una reducción de conductas de riesgo, como compartir material de inyección^{28,29}, y a la entrada en tratamiento³⁰, siendo que no se han demostrado asociados a un mayor uso de la vía endovenosa³¹.

Los estudios que evalúan la eficacia de los programas de intercambio versan principalmente sobre el número de jeringuillas recogidas y dispensadas, la prevalencia o incidencia de VIH asociada a los PIJs, y los cambios en las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas por vía endovenosa.

La evaluación del número de jeringas esterilizadas dispensadas y la tasa de retorno provee evidencia del funcionamiento de los PIJs, siendo que cuanto mayor es esta tasa, podemos estimar que el material usado está en circulación por menos tiempo. En un estudio de revisión sobre las tasas de retorno en varios países, se ha demostrado que los PIJs parecen tener éxito en recoger aproximadamente el mismo número de jeringas dispensadas³².

En general, el efecto protector asociado al uso de los PIJs, con relación a la infección por VIH es considerable. Varios estudios asocian la disponibilidad de éstos programas a una menor incidencia de VIH y cambios en conductas de riesgo relacionadas. Des Jarlais y colaboradores estudiaron la incidencia de VIH entre UDIs que usaban o no los PIJs, no con un modelo de causa y efecto, sino buscando asociaciones, controlando una larga lista de variables confundentes e interacciones posibles. Sus análisis mostraron que no usar los PIJs resultaba en un riesgo mayor de incidencia del VIH, en comparación con los que sí lo hacían⁷. En otro estudio se presentaron evidencias de que los PIJs se asocian a una reducción de la expansión del VIH, con un diseño ecológico, comparando su prevalencia y cambios en el tiempo a lo largo de ciuda-

des que cuentan o no con estos programas⁵. Tras evaluar 81 ciudades (29 de ellas con PIJ), los resultados mostraron que, con el paso del tiempo, en aquellas que disponían de programas de intercambio la prevalencia del VIH no se había modificado mucho, pero en cambio subió considerablemente en las ciudades sin PIJs. En cuanto a los cambios conductuales, se ha asociado el uso de los PIJs, por ejemplo, con una menor frecuencia de la acción de compartir material de inyección. Un estudio prospectivo que compara las conductas de riesgo para el VIH entre clientes y no clientes de un PIJ, encuentra un riesgo dos veces mayor entre los no clientes. Más aún, comparando entre aquellos UDIs que tienen y no tienen a su alcance otra fuente de provisión de jeringuillas, el efecto del programa en éstos últimos, es seis veces más protectoro²⁷. Gibson y colaboradores³³ realizaron una revisión de la evidencia publicada sobre la efectividad de los PIJs para reducir las conductas de riesgo asociadas al VIH y la seroconversión al VIH entre UDIs. Analizaron 42 estudios publicados entre 1989 y 1999, la mayoría en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Holanda. De los 42 estudios examinados, 28 encontraron efectos positivos de los PIJs (por ejemplo los estudios de Des Jarlais⁷ y Blunthenthal³⁴), 2 negativos (en los estudios canadienses^{35,36}) y 14 no encontraron asociación alguna (por ejemplo en Amsterdam³⁷ y Vancouver³⁸).

La evaluación de los programas de intercambio presenta serias dificultades éticas y metodológicas que permitan concluir sin lugar a dudas que son efectivos *per se*. Algunos estudios no han encontrado los efectos protectivos que hemos citado antes^{35,39}. Los estudios poblacionales en general no pueden separar los efectos del uso de los PIJs de otras intervenciones presentes y muchas veces la evaluación de la efectividad de los PIJs depende de entender cuál es el grupo de comparación, puesto que, por ejemplo, en algunas ciudades se tiene acceso al material esterilizado en farmacias, y en otras no⁴⁰. Para poder decir que los PIJ *per se* son efectivos se requeriría, en teoría, un ensayo

clínico aleatorizado, que si fuese factible sería extremadamente complicado de organizar porque, por ejemplo, siempre encontraríamos diferencias en las poblaciones y políticas de intervención en las comunidades a comparar ⁴¹ y resultaría en una violación de principios éticos, puesto que estaríamos conduciendo experimentos donde le negaríamos a las personas deliberadamente el acceso a un programa que sabemos que se asocia a una menor incidencia del VIH ⁴².

Las investigaciones Canadienses de Vancouver y Montreal suscitaron toda una revisión sobre la efectividad de estos programas, la forma de evaluarlos, los indicadores, y las conclusiones a las que llevan los estudios sobre ellos. Los PIJs de Vancouver, en 1996, llegaban a intercambiar 2,3 millones de jeringuillas al año, considerándose los responsables de las bajas tasas de incidencia de VIH. No obstante, a partir de finales de 1994 se produjo un rápido incremento en las tasas de infección por VIH entre UDIs, realizándose una investigación en 1995 donde el compartir jeringas y otros determinantes sociales (como una vivienda inestable), se asociaban independientemente a una reciente seroconversión al VIH ⁴³. En 1996 se llevó a cabo otro estudio ³⁶, con más de mil UDIs, para evaluar la tasa de incidencia del VIH, donde hacer uso de los programas de intercambio más de una vez a la semana era un predictor de la seroconversión, junto con otras variables como problemas de vivienda, bajo nivel educativo, prostitución, compartir jeringuillas, inyectarse en grupo, entre otras. En Montreal, un estudio llevado a cabo en 1995 ³⁵, realizó un seguimiento a 974 UDIs, seronegativos al inicio del estudio, durante unos 15 meses de media. Entre los 89 casos de seroconversión, la tasa de incidencia entre los usuarios del PIJ fue de 7,9 por cien por año, comparada a los no usuarios, con una tasa de 3,1. Tras controlar una serie de variables confundentes, quienes utilizaban los PIJs presentaban 1,7 veces más riesgo de seroconversión, en comparación con los que no.

El principal argumento para explicar estos resultados ha sido que a los programas de

intercambio de jeringuillas recurren los usuarios de droga intravenosa con un perfil de mayor exclusión social, y que están *a priori* a mayor riesgo de padecer VIH y hepatitis (B y C). Por ejemplo, algunos estudios realizados en Amsterdam sugieren que los usuarios de los PIJs, comparados con lo no usuarios, se inyectan con mayor frecuencia, y por más tiempo ^{44,45}. En el citado estudio de Montreal, los usuarios de los PIJs, en relación a los que no, tendían a compartir jeringas con más frecuencia, a usar "chutaderos" (*shooting galleries*), a inyectarse más frecuentemente, tener una prevalencia de VIH y hepatitis B mayor, haber ejercido la prostitución en mayor medida, frecuentar un mayor número de personas VIH, haber compartido material de inyección con un mayor número de personas VIH positivas, haber bombeado sangre hacia la jeringa con más frecuencia (*booting*) y haber estado menos en tratamientos por su dependencia ³⁵. Por ello, para algunos autores, estos estudios sugieren que los PIJs son programas efectivos y absolutamente necesarios, ya que han tenido éxito al poder atraer a los UDIs en situación de mayor vulnerabilidad y riesgo ^{42,46}. Por otro lado, las posibles inconsistencias entre estudios, además de ser atribuidas a cuestiones metodológicas, son vistas por algunos autores como un llamado de atención sobre la implementación de acciones aisladas. Los datos disponibles sugieren que los programas de intercambio de jeringuillas, por sí mismos, no son suficientes para cambiar las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas por vía endovenosa ^{37,41}, y que son efectivos en tanto y en cuanto se enmarcan en estrategias de reducción de daños, coordinadas con otros servicios y ofreciendo un amplio abanico de recursos.

En el año 2002, se llevó a cabo una evaluación sobre los dispositivos de intercambio y suministro de jeringuillas en Navarra ¹³. El objetivo del estudio fue conocer el impacto de los dispositivos en el colectivo UDI, el grado de satisfacción de las personas usuarias, las repercusiones en las prácticas de riesgo y el coste-efectividad de los programas. En general, los usuarios/as dicen estar satisfechos

con el programa. De las 79 personas encuestadas que han acudido alguna vez al PIJ, el 81% se encuentran satisfechas con el dispositivo. Valoran positivamente el trato recibido, la información disponible, los profesionales implicados, y negativamente la accesibilidad y los horarios reducidos. Los profesionales tienen una perspectiva diferente. Si bien hacen una valoración positiva del Programa en el pasado, en cuanto a sus logros y eficacia, en relación al momento presente, ofrecen visiones y valoraciones más críticas. Estas valoraciones versan sobre las características estructurales y funcionales del propio PIJ, y en su relación con otros programas conexos que gestiona su organización. Tampoco muestran opiniones y valoraciones muy positivas acerca del futuro del Programa. Lo positivo que resaltan del programa es el "estar", y la labor educativa que realizan. Entre otras cuestiones, aluden a la necesidad de adaptar los programas a las necesidades actuales de la población diana, y a estar más integrados en las redes asistenciales. Si bien los análisis no han verificado de manera clara ningún tipo de influencia del PIJ en las prácticas de riesgo, tomando el programa de intercambio de jeringuillas y la dispensación de KITS y jeringuillas en farmacias, como parte de un conjunto de intervenciones, los datos sugieren que la disponibilidad de material de inyección en estos dispositivos es un factor protector fundamental, no sólo para reducir la práctica de compartir jeringuillas, sino también otras prácticas de riesgo asociadas al uso inyectado de drogas.

Algunos autores sugieren que son necesarios más estudios que evalúen la efectividad de los PIJs ⁴⁷. Tales estudios deberían tener como objetivo no sólo la efectividad de los PIJs en la reducción de daños, sino una evaluación constante que permita estar actualizados en relación a las necesidades actuales de los usuarios /as, incluyendo datos cualitativos ⁴⁸. Así mismo, se estima necesario coordinar los estudios sobre los PIJs, para poder comparar los resultados. Las evaluaciones de los PIJs deberían estar destinadas a mejorar

estos programas y no meramente a justificar su existencia ⁴⁹.

6. ALGUNOS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA IMPLANTACIÓN DE LOS PIJS

La elección de la oportunidad y decisión para la implantación de programas de jeringuillas es a menudo un problema arduo, especialmente en lo relativo a la ubicación correcta y características del PIJ. Igualmente es importante, encontrar un justo equilibrio entre los criterios de accesibilidad y de aceptabilidad. El Programa debería realizarse en un lugar fácilmente accesible para los usuarios de drogas, aunque igualmente ser aceptado por la población circundante. La elección del lugar de implantación debe por lo tanto descansar sobre el perfecto conocimiento de los hábitos de vida de los toxicómanos y de los habitantes, tanto en el caso de PIJs en locales, de calle, de farmacias y de prisiones. Es de suma importancia implicar en la decisión a las asociaciones de lucha contra el SIDA y la toxicomanía, así como otros agentes sociales y de influencia en la comunidad. Estas instituciones tendrían que, en consecuencia, coordinarse, apoyando los objetivos que van en paralelo a la distribución de materiales y apoyar el trabajo de explicación dirigido a los usuarios y vecinos para que no vivan la puesta en marcha del programa como una amenaza.

De una manera general, algunas recomendaciones pueden ser formuladas de la siguiente manera:

- Evitar estigmatizar las zonas concretas de influencia del PIJ y mantener el programa lo más accesible a las personas que por su perfil harán uso de él y simultáneamente evitar que las actividades del PIJ irrumpen en una comunidad determinada, afectando especialmente a las normas de convivencia establecidas en las zonas donde se implante.

- Evitar la ubicación excesivamente próxima de los lugares de venta, elegir un sitio en el itinerario de los toxicómanos.
- Privilegiar las calles con circulación, con pasaje de peatones y anchas, y evitar absolutamente los lugares muy retirados o muy a la vista de las viviendas (para los PIJs estables). Tener en cuenta las escuelas, las áreas de juego, las farmacias, los locales de las asociaciones y los puestos de policía (en el caso de PIJs móviles las zonas por donde realizarán sus recorridos y efectuarán sus paradas).
- Elección adecuada e idónea del personal que realizará su trabajo en contacto con personas afectadas por una problemática que requerirá de una gran sensibilidad y motivación.
- Realizar un estudio previo sobre la situación, número, hábitos de consumo, tipos de drogas preferentes, horarios, tipo de programas disponibles.
- Adecuación de los materiales a dispensar o intercambiar acordes con los hábitos que existen en la zona o ciudad donde se establecerá el programa.
- Implicación e información previa a la implantación del programa de todos los "agentes sociales" y con influencia en la comunidad para poder desarrollar la tarea con el máximo de apoyos.
- Contar con una buena guía de recursos de derivación y apoyo para que los objetivos paralelos a la entrega de materiales y que suelen ir acompañando los objetivos de estos programas puedan "cerrar el círculo" de ayuda con el máximo de éxito.
- Implicar, antes de la descripción de las actividades a realizar en el PIJ, a todos los dispositivos y recursos que serán necesarios para que la actividad "no muera" por falta de apoyos (ya sean instituciones sanitarias, casas de acogida, comedores, trabajadores sociales, etc.).
- Adecuar las características y objetivos del programa a la población que con mayor intensidad se adherirá al mismo (conocer si el consumo de cocaína intravenosa está muy extendido, carencias de necesidades sociales, otros problemas que afectan a la zona donde se ubicará el programa como vivienda, falta de recursos sanitarios, etc.).
- Incorporar entre las actividades del PIJ otras que puedan beneficiar a la comunidad en general y a los usuarios/as en particular (limpieza de zonas de inyección, actividades deportivas paralelas, etc.).
- Buscar los suficientes apoyos económicos y políticos para que el programa tenga asegurada su continuidad.
- Coordinar las acciones de la institución promotora del PIJ, evitando duplicar los recursos y las ofertas, conjugar, en el caso de que más de una institución realice la dispensación o el intercambio en la misma ciudad, la distribución de ésta en zonas y especialmente en lugares de alta demanda de los materiales y objetivos que se ofertan.

7. CONCLUSIONES

En España, entre 1994 y 2001, ha habido un marcado descenso de la incidencia anual de nuevos diagnósticos de SIDA asociados al uso de drogas por vía inyectada. No obstante, si bien no se puede hablar de un aumento destacable, a partir de 2002 se ha producido una estabilización en el número de casos. La prevalencia entre UDIs de infección por VIH y de conductas de riesgo (compartir material de inyección, relaciones vaginales o anales sin protección) continúan siendo muy elevadas, por lo que es necesario mantener los programas preventivos que han venido desarrollándose ⁵⁰.

Si bien en el año 1991 el consumo de heroína por la vía intravenosa agrupaba al 74,7% de los usuarios ⁵¹, ya en el 2002 descendía a un 23,9% ⁵². Este descenso del uso de la vía intravenosa, que varía mucho por comunidades autónomas, ha ido acompañado de una disminución de la incidencia de infección de VIH entre los usuarios de heroína ⁵³. No obs-

tante, es importante tener en cuenta que el uso de la vía la pulmonar no descarta posibles transiciones hacia la inyectada⁵⁴, asociada ésta última con una pérdida del control de consumo, marginación y mayor tiempo de consumo⁵⁵. Por otro lado, la progresiva expansión del uso de la cocaína nos impele a mantener la alerta constante, dado que su uso por vía endovenosa presenta grandes riesgos, principalmente porque requiere varias inyecciones al día, aumentando la posibilidad de reutilización y el uso compartido de jeringuillas.

Los programas de intercambio de jeringuillas, como una herramienta dentro del marco de las estrategias de reducción de daños y riesgos, son efectivos a la hora de evitar la expansión de enfermedades infecciosas, modificar conductas de riesgo, contactar con UDIs que no acceden a otros servicios, disminuir el número de jeringuillas usadas en circulación, ofrecer educación y consejo para un consumo más seguro, y posibilitar la entrada a tratamientos de drogodependencias.

Ante todo lo expuesto anteriormente sobre los programas de intercambio de jeringuillas, podemos concluir lo siguiente:

- Repartir jeringuillas no es sinónimo de incitar al uso de la vía inyectada.
- La experiencia demuestra que la puesta en marcha de un PIJ es realizable y adaptable a diversos entornos, previo estudio de una serie de características que harán mejor el programa como.
- El PIJ induce cambios conductuales de disminución de riesgos asociados al uso inyectado de drogas.
- El PIJ facilita la derivación de usuarios a programas de tratamiento de las drogodependencias permitiendo la vinculación de los usuarios a otros programas.
- La implantación de un PIJ no aumenta el consumo de drogas en general ni el consumo de heroína y cocaína por vía parenteral, en particular.
- Un PIJ debe operar con cierta flexibilidad, individualizando los distintos casos en función de sus peculiaridades, pero sin

olvidar las condiciones de ejecución marcadas por cada programa.

A pesar de la existencia de programas libres de drogas y de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, lo cierto es que todavía existe un importante, aunque cada vez menor, número de personas que por diferentes motivos no quieren o no pueden abandonar el consumo. Una de las grandes ventajas de este programa es que se reduce considerablemente el número de jeringuillas abandonadas, que pueden suponer un riesgo para otros consumidores y para terceras personas. La distribución de material preventivo además de ser un fin en sí mismo es un medio que nos permite contactar con aquellos usuarios que no acuden a otros servicios socio-sanitarios, hacer de puente entre ellos y trabajar la modificación de los comportamientos de riesgo. Numerosos estudios han demostrado que la implantación de estos programas han conseguido que se establezca e incluso que se reduzca, de alguna manera, el número de nuevas infecciones en aquellos lugares donde se llevan a cabo. Al contrario de los puntos de vista que mantienen algunos, todavía queda en duda la eficacia del intercambio de jeringuillas. Se han logrado unos resultados positivos en los programas que combinan el intercambio de jeringuillas con otros métodos, así como la educación para la prevención. El papel del intercambio de jeringuillas no se ha desvinculado de ellos todavía. Los estudios que encontraron un aumento en las tasas de infección entre los usuarios de los PIJs, han conseguido demostrar que no existe una relación causal entre los PIJs y el VIH, y que dicha asociación se debe a que éstos programas son altamente efectivos a la hora de congregarse UDIs en mayor riesgo, con un perfil socio sanitario más deteriorado y un elevado consumo de cocaína inyectada^{38,56}. Aunque fuera posible desarrollar programas de intercambio de jeringuillas absolutamente efectivos y eficaces en la reducción de las tasas de VIH entre los consumidores, sigue siendo un método de salud pública mínimo al compararse con un amplio abordaje comunitario, que

combinase la prevención, el tratamiento y las estrategias de reducción de daños.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2003 por edad y categoría de transmisión. [Página Web]. Disponible en <http://www.ine.es> . (consultado el 30/10/2004).
2. Markez I, Póo M. Drogodependencias: reducción de daños y riesgo. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2000.
3. Emmanuelli J. [Harm reduction policy related to drug use: the needles exchange programs]. *Med Sci (Paris)* 2004;20:599-603.
4. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet* 1986;1:1435.
5. Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997;349:1797-800.
6. Henman AR, Paone D, Des Jarlais DC, Kochems LM, Friedman SR. Injection drug users as social actors: a stigmatized community's participation in the syringe exchange programmes of New York City. *AIDS Care* 1998;10:397-408.
7. Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, Titus S, Shi Q, Perlis T *et al.* HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet* 1996;348:987-91.
8. Broadhead RS, van Hulst Y, Heckathorn DD. The impact of a needle exchange's closure. *Public Health Rep* 1999;114:439-47.
9. Doherty MC, Garfein RS, Vlahov D, Junge B, Rathouz PJ, Galai N *et al.* Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program. *Am J Epidemiol* 1997;145:730-7.
10. Doherty MC, Junge B, Rathouz P, Garfein RS, Riley E, Vlahov D. The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up. *Am J Public Health* 2000;90:936-9.
11. Segador Elvira M. Primer programa de reparto e intercambio de material de prevención para UDI en el Estado Español. *Rev Ibero-Latinoamericana de E.T.S.* 1994;8:483-6.
12. Royo J, Carme Viladrich M, Guirado MV, Bayes R [carta]. Factores innovadores en un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1994;102:397-8.
13. Fundación Bartolomé de Carranza. Evaluación pluridisciplinar de los dispositivos de suministro e intercambio de jeringuillas en Navarra. 2002.
14. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ, landolo E *et al.* Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health* 2001;11:243-50.
15. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner H, Harding T. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *BMJ* 1998;317:270-3.
16. Bollini P. HIV in prisons. A reader with particular relevance to newly independent states. Geneva: World Health Organization., 2001.
17. World Health Organization. Global programme on AIDS: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: World Health Organization., 1993.
18. Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003;98:153-8.
19. Stöver H, Nelles J. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *Int J Drug Policy* 2003;14:437-44.
20. Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995;346:1507-8.
21. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. El Programa de Intercambio de Jeringuillas de la prisión de Basauri (Bizkaia) (1997-99). Disponible en: http://www.euskadi.net/sanidad/salud/sida_basauri.htm (Consultada el 30/10/2004).
22. Grupo de trabajo sobre Programas de Intercambio de Jeringuillas en prisiones. Elementos clave para la implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión. 2000. Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Disponible en: <http://www.msc>.

- es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevenccion.htm (Consultada el 30/10/2004).
23. Jacob J., Stöver H. The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *Int J Drug Policy* 2000;11:325-35.
 24. García Villanueva M. Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona. *Rev Esp Sanid Penit* 2002;4:18-23.
 25. Markez, I., Merino, P., and Póo, M. Atención a las drogodependencias en los centros penitenciarios. XXII Congreso de la AEN: 11-14 de Junio de 2003, Oviedo.
 26. Heimer R. Syringe exchange programs: lowering the transmission of syringe-borne diseases and beyond. *Public Health Rep* 1998;113 Supl 1:67-74.
 27. Gibson DR, Brand R, Anderson K, Kahn JG, Perales D, Guydish J. Two- to sixfold decreased odds of HIV risk behavior associated with use of syringe exchange. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:237-42.
 28. Braine N, Des Jarlais DC, Ahmad S, Purchase D, Turner C. Long-term effects of syringe exchange on risk behavior and HIV prevention. *AIDS Educ Prev* 2004;16:264-75.
 29. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS* 2000;14:605-11.
 30. Kuo I, Brady J, Butler C, Schwartz R, Brooner R, Vlahov D *et al.* Feasibility of referring drug users from a needle exchange program into an addiction treatment program: experience with a mobile treatment van and LAAM maintenance. *J Subst Abuse Treat* 2003;24:67-74.
 31. Fisher DG, Fenaughty AM, Cagle HH, Wells RS. Needle exchange and injection drug use frequency: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33:199-205.
 32. Ksobiech K. Return Rates for Needle Exchange Programs: A Common Criticism Answered. *Harm Reduct J* 2004;1:2.
 33. Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001;15:1329-41.
 34. Bluthenthal RN, Kral AH, Erringer EA, Edlin BR. Use of an illegal syringe exchange and injection-related risk behaviors among street-recruited injection drug users in Oakland, California, 1992 to 1995. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral* 1998;18:505-11.
 35. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Desy M, Soto J *et al.* High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997;146:994-1002.
 36. Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS *et al.* Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997;11:F59-65.
 37. van Ameijden EJ, van den Hoek JA, van Haastrecht HJ, Coutinho RA. The harm reduction approach and risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) seroconversion in injecting drug users, Amsterdam. *Am J Epidemiol* 1992;136:236-43.
 38. Schechter MT, Strathdee SA, Cornelisse PG, Currie S, Patrick DM, Rekart ML *et al.* Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 1999;13:F45-51.
 39. Hartgers C, van Ameijden EJ, van den Hoek JA, Coutinho RA. Needle sharing and participation in the Amsterdam Syringe Exchange program among HIV-seronegative injecting drug users. *Public Health Rep* 1992;107:675-81.
 40. Vlahov D, Graham N, Hoover D, Flynn C, Bartlett JG, Margolick JB *et al.* Prognostic indicators for AIDS and infectious disease death in HIV-infected injection drug users: plasma viral load and CD4+ cell count. *JAMA* 1998;279:35-40.
 41. Coutinho RA. Needle exchange, pragmatism, and moralism [letter]. *Am J Public Health* 2000;90:1387-8.
 42. Lurie P. Invited commentary: le mystere de Montreal. *Am J Epidemiol* 1997;146:1003-6; discussion 1007-10.
 43. Patrick DM, Strathdee SA, Archibald CP, Ofner M, Craib KJ, Cornelisse PG *et al.* Determinants of HIV seroconversion in injection drug users during a period of rising prevalence in Vancouver. *Int J STD AIDS* 1997;8:437-45.
 44. Hartgers C, Buning EC, van Santen GW, Verster AD, Coutinho RA. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. *AIDS* 1989;3:571-6.

45. Archibald CP, Ofner M, Strathdee SA, Patrick DM, Sutherland D, Rekart ML *et al.* Factors associated with frequent needle exchange program attendance in injection drug users in Vancouver, Canada. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;17:160-6.
46. Vlahov D, Junge B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep* 1998;113 Supl 1:75-80.
47. Glantz LH, Mariner WK. Needle exchange programs and the law—time for a change. *Am J Public Health* 1996;86:1077-8.
48. Delgado C. Evaluation of needle exchange programs. *Public Health Nurs* 2004;21:171-8.
49. Ksobiech K. Assessing and improving needle exchange programs: gaps and problems in the literature. *Harm Reduct J* 2004;1:4.
50. Plan Nacional sobre Drogas. Informe 6. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003.
51. Plan Nacional sobre Drogas. Informe 3. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2000.
52. Plan Nacional sobre Drogas. Informe 5. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas., 2002.
53. Torres-Tortosa M, Ruiz Lopez de Tejada MR, Fernandez-Elias M, Perez-Perez C, Fernandez-Conejero E, Ugarte I *et al.* Cambios en la vía de administración de la heroína y frecuencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 1995;104:249-52.
54. Strang J, Griffiths P, Powis B, Abbey J, Gossop M. How constant is an individual's route of heroin administration? Data from treatment and non-treatment samples. *Drug Alcohol Depend* 1997;46:115-8.
55. Neaigus A, Miller M, Friedman SR, Hagen DL, Sifaneck SJ, Ildefonso G *et al.* Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. *Addiction* 2001;96:847-60.
56. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Hogg RS, Montaner JS *et al.* Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange programme. *AIDS* 2002;16:941-3.

