

Y Monográfico, VIH/SIDA

Consumo de drogas y Sida.

Araujo Gallego, Manuel

Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade . Xunta de Galicia

Resumen

El consumo de drogas intravenoso (CDI), por comprar materiales no estériles de inyección, ha estado muy asociado a la difusión de la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA desde el inicio de la epidemia, fundamentalmente en los países del sur de Europa y de forma especial en España y algunos años más tarde en Portugal. En la actualidad países del Este del continente presentan una afectación creciente, como por ejemplo Ucrania, y el CDI constituye una forma principal de transmisión en casi todas las zonas del mundo. La gran afectación de España muestra una evolución desigual entre las comunidades autónomas, ya que mientras algunas, como Madrid o el País Vasco, presentan altas tasas de SIDA en CDI, otras, como Canarias, tienen unas cifras bastante menores. En este contexto los programas de reducción del daño, como la distribución de material estéril de inyección, el intercambio de jeringuillas o el fácil acceso a los programas de tratamiento con opiáceos se ha mostrado claramente eficaces en todo el mundo.

Palabras Clave

Drogas, VIH, SIDA, consumo intravenoso, Europa, España, comunidades autónomas, reducción del daño.

Résumé

Injecting drug use (IDU) by sharing non sterile needles and syringes has been clearly related to the spread of the HIV infection and the development of AIDS since the onset of the epidemic, specially in Southern European countries and specifically in Spain and a few years after in Portugal. Nowadays some Eastern European countries, like the Ukraine, are being increasingly affected, and IDU constitutes a major way of transmission in almost all parts of the world. The infection's evolution in Spain shows a different development in the various autonomous communities. Whereas some of them, like Madrid or the Basque Country, have high AIDS rates in injecting drug users, others, like the Canary Islands, show rather lower numbers. In this scene harm reduction strategies, like the distribution of sterile needles and syringes, needle exchange and the availability of opiate derivatives treatment, have been largely recognized as fairly efficient worldwide.

Correspondencia a:

Manuel Araujo Gallego, Consellería de Sanidad. Edj. Administrativo. San Lázaro. 15781 Santiago de Compostela. E-mail: manuel.araujo.gallego@sergas.es



Mots

Drugs, HIV, AIDS, parenteral consumption, Europe, Spain, Autonomic Community, reduction of troubles.

Desde el inicio de la epidemia del SIDA en el mundo, las prácticas no higiénicas de inyección en el consumo de drogas han estado muy asociadas a la difusión del VIH. Y no sólo entre los consumidores de drogas inyectables (CDI).

Antes bien, podría decirse que esta vía de autoadministración de drogas está presente, en mayor o menor medida, en todas las formas de transmisión del VIH: los CDI tienen relaciones sexuales con sus parejas, ya sean afectivas o comerciales, homosexuales o heterosexuales, las mujeres CDI tienen hijos, y los usuarios de drogas también han donado sangre. Según datos de ONUSIDA¹ nueve de cada diez casos de transmisión sexual en Nueva York están relacionados con el contacto sexual con un consumidor de drogas; en gran parte de China y en ciertas regiones de India y Myanmar hay más mujeres que se infectan a través de relaciones sexuales con consumidores de drogas que de ninguna otra forma; el 83% de los CDI de Río de Janeiro declara no utilizar preservativo con sus parejas habituales y el 63% nunca los utiliza ni con parejas ocasionales; estudios realizados entre CDI en Buenos Aires, Río de Janeiro y Canadá encontraron que un tercio o más de los encuestados de ambos sexos se habían prostituido a cambio de drogas al menos una vez; en Uruguay, el 40% de los recién nacidos infectados por el VIH son hijos de madres que consumen drogas.

Y aunque actualmente la donación de sangre posea controles satisfactorios, no se puede decir lo mismo de los otros comportamientos, sexual y compartir útiles de inyec-

ción (agujas y jeringuillas pero también algodones, cucharas y tapones), donde las eficaces medidas preventivas, muy accesibles en la actualidad, no son utilizadas por este colectivo con la frecuencia necesaria.

En las siguientes páginas presentaré algunos datos sobre la evolución en el tiempo de este binomio SIDA-CDI, la situación actual y las medidas puestas en marcha para contenerlo. Nos centraremos en la categoría de transmisión CDI, así denominada por ONUSIDA y que es equivalente a la UDVP del Registro Nacional de casos de SIDA, y en una de las medidas más universalmente reconocidas² para prevenir el SIDA en los usuarios de drogas inyectables: la accesibilidad a los programas de tratamiento con metadona.

SIDA-CDI EN EL MUNDO

A finales de 1996 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS³ estimaban que un total de 22,6 millones de personas vivían con el VIH o con el SIDA. A finales de 2001 la cifra ha crecido hasta los 40 millones⁴, casi la misma que la población total de España. Este último informe de ONUSIDA/OMS comienza con el siguiente párrafo, claramente elocuente: "Veinte años después de la notificación de la primera prueba clínica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), esa enfermedad ha pasado a ser la más devastadora que jamás haya afrontado la humanidad. Desde que comenzó la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, y el SIDA ha pasado a ser



la principal causa de mortalidad en África subsahariana. En todo el mundo es la cuarta causa de mortalidad".

En este contexto el consumo de drogas inyectables, como uno de los modos principales de transmisión del VIH, está presente en prácticamente todo el mundo. Solo el Caribe, el África subsahariana y Australia y Nueva Zelanda no cuentan con el CDI entre sus principales formas de transmisión. Sin embargo, en Europa Oriental y Asia Central, así como en Asia Oriental y el Pacífico, representa la más importante, mientras en América del Norte, América Latina, Europa Occidental, África del Norte y Oriente Medio y Asia del Sur y sudoriental supone la segunda forma de transmisión del VIH más importante.

Y la incidencia va en claro aumento. Según datos de ONUSIDA, en siete años se ha duplicado el número de países que han identificado la transmisión del VIH entre CDI: si en 1992 lo habían comunicado 52 países, a mediados de 1999 el número ya ascendía a 114.

En esta situación es de resaltar que en los países de la antigua Unión Soviética, y aquellos que estaban bajo su influencia, el consumo de drogas inyectables está creciendo y constituye el principal impulsor de la difusión del VIH. Por ejemplo, en Ucrania, donde la prevalencia del VIH entre adultos es del 1%, el CDI es actualmente responsable de las tres cuartas partes de las infecciones por VIH⁴.

La necesidad de una respuesta nacional enérgica y de una acción internacional concertada que palie esta situación parece evidente, especialmente en el caso de los países del centro y el este de Europa que en pocos años serán nuestros socios en la Unión. Controlar y reducir la infección en los CDI supo-

ne limitar la pandemia entre la población general debido al intercambio sexual entre este colectivo y el resto de la población⁵. Y se sabe que cuando se adopta una política decidida el problema disminuye, caso de Polonia, o se contiene, caso de Eslovenia, Hungría y República Checa, según recoge el citado último informe de ONUSIDA/OMS.

SIDA-CDI EN EUROPA

En el contexto europeo occidental los países más afectados han sido y son (somos) los del sur: España, Portugal, Italia y, en menor medida, Suiza y Francia. Todos estos países, excepto Portugal, han ido disminuyendo en los últimos años la tasa anual por millón de habitantes de casos nuevos de SIDA diagnosticados en CDI. Así Italia ha pasado de los 31 casos en 1997 a los 11 de 2001⁶; España ha descendido de los 76 a los 29, mientras Portugal ha ido incrementado paulatinamente su tasa desde los 51 casos de 1997 hasta los 60 del 2000, para descender levemente en 2001 a los 53. Francia también ha disminuido sus cifras de forma continuada, pasando de 7 a 4 casos; igualmente Suiza ha experimentado un decremento, si bien en este país se ha dado un aumento entre 1997 y 1998 (de 12 a 16 casos), y la cifra de 1999 (14) fue superior a la de 1996; en 2000 y 2001 los números han bajado a 8 y 6, respectivamente.

Como se puede observar estamos hablando de casos diagnosticados de SIDA, siendo conscientes de que en los países donde el tratamiento HAART es fácilmente accesible dichas cifras ya no proporcionan un indicador fiable de la situación de la infección por VIH. Es evidente que sería más adecuado poder hablar de nuevos diagnósticos de infección por VIH, pero esto no es posible ya



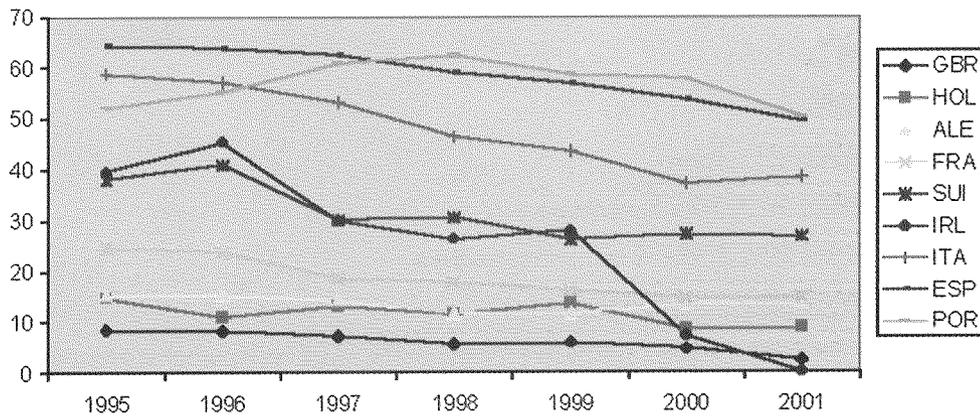
que no está disponible en todos los países un registro de nuevas infecciones. No obstante, los casos de SIDA sí nos permiten ofrecer una panorámica de cómo ha evolucionado esta enfermedad asociada al consumo intravenoso de drogas, comparando cifras de registros nacionales a lo largo de varios años y entre países y comunidades autónomas de España.

En la Unión Europea (UE), a 31 de diciembre de 2001 se habían diagnosticado 232.407 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia. A lo largo de los últimos veinte años la incidencia de casos CDI ha ido en incremento hasta 1996, cuando dichos casos supusieron el 43,8% de todos los diagnosticados en este año. A partir de entonces ha ido descendiendo hasta suponer el 32,6% de los reportados en 2001. Los casos CDI suponen la forma principal de transmisión a partir de 1990 (41,2% de los diagnosticados en este año) hasta 2000 (cuando cifraron 37,2%), toman-

do la delantera a la homo/bisexual, cuya cifra está en clara disminución constante y mantenida desde 1984, cuando alcanzaba su máximo del 66,4% de los casos diagnosticados en este año. En 2001 ya supone la cifra más baja, 19,3%, frente al 32,6% de la categoría CDI o 35,9% de la heterosexual, esta última en evidente ascenso continuado desde el 7,8% de 1986, y que se ha convertido en este año en la principal forma de transmisión del VIH en la Unión Europea.

En España la tendencia es bastante diferente. Hasta la actualidad, los casos CDI son los más numerosos por año de diagnóstico desde prácticamente el inicio de la epidemia y, claramente desde 1984, cuando supusieron el 36% de todos los casos. La cifra máxima se alcanza en 1988 y 1994 (67,8% en ambos años). Entre dichos años se observa una oscilación entre ese máximo señalado y un mínimo de 63,4% en 1992. A partir de 1994 la curva muestra ya una tendencia man-

Gráfico 1. Porcentaje de casos CDI sobre el total por países y año de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia. Datos: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.



tenida y continuada al descenso hasta llegar al 52,4% de todos los casos diagnosticados en 2001.

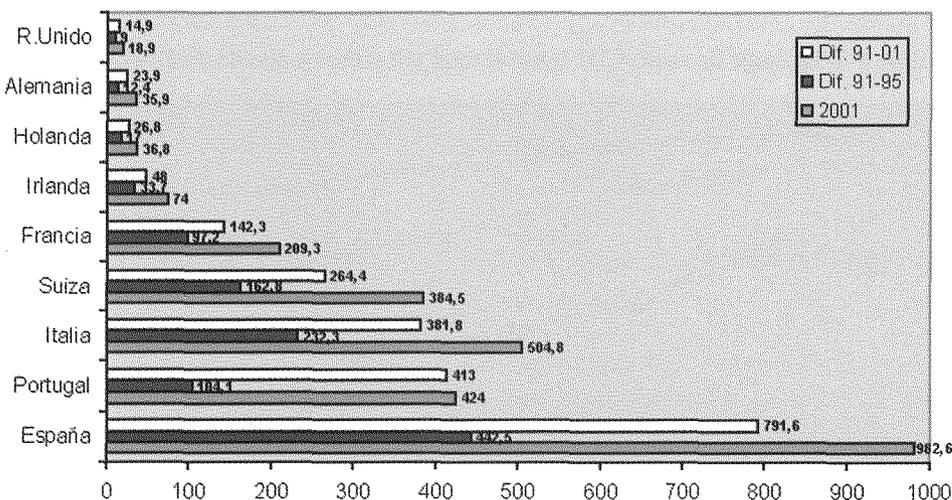
Como veremos a continuación, el incremento de casos de SIDA en la UE, en la categoría de transmisión CDI, se debe a cómo ha evolucionado la epidemia en los países mencionados anteriormente, esto es, España, Italia y Portugal y, en menor medida, Francia e Irlanda. Así, en el gráfico 1 podemos observar cómo ha sido la evolución del porcentaje de casos CDI sobre el total, por países y año de diagnóstico, considerando también a Suiza.

En diciembre de 2001 el número total de casos para la UE más Suiza ascendía a 239.658, de los que el 39,3% se habían producido en CDI. El interés de añadir Suiza reside en que su evolución está a medio camino entre la

tendencia experimentada por los países del sur o mediterráneos y Alemania, Holanda o Gran Bretaña, y también debido al interés despertado internacionalmente por sus estudios de prescripción médica de heroína, entre otros ensayos que han realizado a lo largo de los últimos años.

Se puede observar que la tendencia general de la proporción de casos CDI en todos los países es a disminuir. Es de reseñar el caso de Portugal, que cuando el resto de los países ya iniciaban una tendencia descendente aún mantenía una tendencia al incremento: la mayoría de los países descienden a partir de 1995, mientras Portugal lo hace a partir de 1998. En el gráfico 1 también se aprecia una cierta agrupación de países: aquellos que presentan una mayor afectación de casos CDI, Portugal, España e Italia, con cifras claramen-

Gráfico 2. Tasa de casos acumulados CDI por millón de habitantes⁷, 1991-2001.



Fuente: Elaboración propia. Datos: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.



te superiores al resto; un segundo grupo con una posición intermedia constituido por Irlanda y Suiza; y un tercero, de afectación mucho más limitada, donde se encuentran Gran Bretaña, Holanda y Alemania, con un cuarto país, Francia, que ha tenido un comportamiento que lo acerca más a la posición de éstos últimos que a cualquier otra.

En el gráfico 2 podemos observar, considerando la tasa por millón de habitantes de casos acumulados CDI durante toda la década de los años 90, cuál ha sido la afectación global en los países que venimos considerando. Se representan tres barras: dicha tasa a junio de 2001 y la diferencia, por una parte, entre la tasa a diciembre de 1991 y 1995 y, por otra, entre la de diciembre 1991 y 2001, parámetro este último por el que está ordenada la representación gráfica.

Se puede observar con claridad cómo España lidera el conjunto de los países representados, lo que equivale a decir de toda la UE y aún del resto de la Europa no comunitaria. En efecto, con una tasa acumulada a diciembre de 2001 de 982,6 casos por millón de habitantes (39.424 en números absolutos) casi duplicamos la cifra del país que nos sigue, Italia, que "solo" alcanza la cifra de 504,8 (29.201). Pero lo que resulta más importante es observar que la diferencia de tasa entre 1991 y 2001 sigue la misma proporción, lo que indica que el problema en nuestro país ha ido creciendo progresivamente, sin poder acortar las distancias respecto a nuestros socios europeos.

El otro país que también ha experimentado un fuerte impacto de la epidemia entre los CDI es Portugal. Como se puede observar según la diferencia de tasa entre 1991 y 1995 nuestro vecino ibérico quedaría situado por detrás de Suiza, en cuarto lugar,

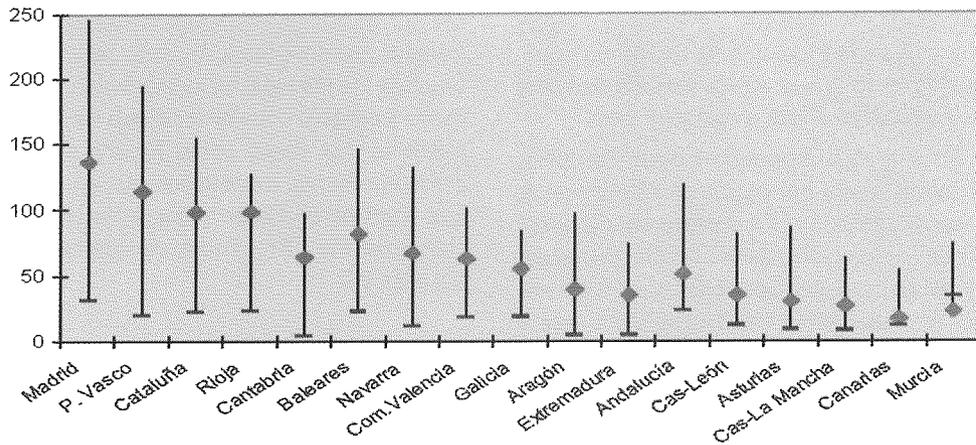
con una cifra similar a la francesa. Sin embargo, si consideramos la diferencia de tasa para toda la década de los 90, observamos que se sitúa por delante y a gran distancia, 413 casos por millón de habitantes de incremento frente a 264,4 de Suiza. En otras palabras, la situación de Portugal ha ido agravándose de manera especial durante la década de los 90, mientras que países como España e Italia, como el resto de los mencionados en el gráfico, tuvieron el mayor impacto de la infección entre los CDI a finales de la década de los años 80.

SIDA-CDI EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En España la repercusión de la epidemia de SIDA en CDI tampoco se ha distribuido de forma homogénea. Estudiaremos su evolución considerando dos parámetros en cada una de las 17 comunidades autónomas (CCAA): la tasa por millón de habitantes de casos de SIDA en CDI por año de diagnóstico y el porcentaje de casos acumulados en CDI. El primero de ellos nos habla del impacto del síndrome sobre el colectivo de usuarios de drogas intravenosas con relación a la población de cada comunidad autónoma y, por tanto, de la mayor o menor extensión de la epidemia entre el mismo, mientras que el segundo nos permite conocer el impacto del síndrome sobre esta forma de transmisión: si el porcentaje de casos CDI aumenta a lo largo del tiempo quiere decirse que el síndrome se desliza más hacia este colectivo que hacia los otros que conforman las otras formas de transmisión. Y viceversa, si el porcentaje disminuye estaría indicando, por así decirlo, una menor presión del síndrome sobre el colectivo que estamos considerando.



Gráfico 3. Evolución de la tasa por millón de habitantes de casos SIDA-CDI por año de diagnóstico, 1990-2001.



Fuente: Elaboración propia. Datos: Registro Nacional de SIDA, ISC III. Proyecciones de población a 31/01, INE.

En el gráfico número 3 podemos observar, para cada una de las CCAA, la evolución de la tasa por millón de habitantes de casos CDI por año de diagnóstico entre 1990 y 2001. La longitud de las líneas muestran el impacto de la infección en cada una de ellas, es decir, el rango entre el valor máximo (punto superior) y el mínimo (punto inferior) alcanzado en el período, así como los valores al principio (rombo verde) y al final (raya azul) del mismo.

Vemos, en primer lugar, que la tasa se ha reducido en casi todas las CCAA, excepto en una, Murcia. En 1990 tuvo una cifra de 23 casos CDI por millón de habitantes y en 2001 llegó a 34, después de alcanzar un máximo de 73,8 en 1996. No obstante es de señalar que este repunte se produce entre 2000 y 2001, que venía manteniendo una tendencia

descendente desde el mencionado valor máximo de 1996 y que ha sido una de las CCAA, junto con Canarias, que ha padecido un menor impacto de casos de SIDA en CDI, como se observa por la longitud de su línea, menor que la del resto de las CCAA, excepción hecha de la comentada Canarias. En todo caso, si esta situación se repitiese en los próximos años, podríamos estar asistiendo a un repunte del problema que habría que estudiar detenidamente con el fin de tratar de averiguar con qué podría estar asociado.

En general podría decirse que las CCAA que sufrieron un mayor impacto, es decir, que llegaron a tener valores máximos mayores, esto es, Madrid (245,9), País Vasco (193,9), Cataluña (154,7), Baleares (146,1), Navarra (131,7), y La Rioja (126,5), alcanzados entre

1994 y 1995, han sido las que han logrado, casi por el mismo orden, una mayor reducción del valor de la tasa al final del período estudiado.

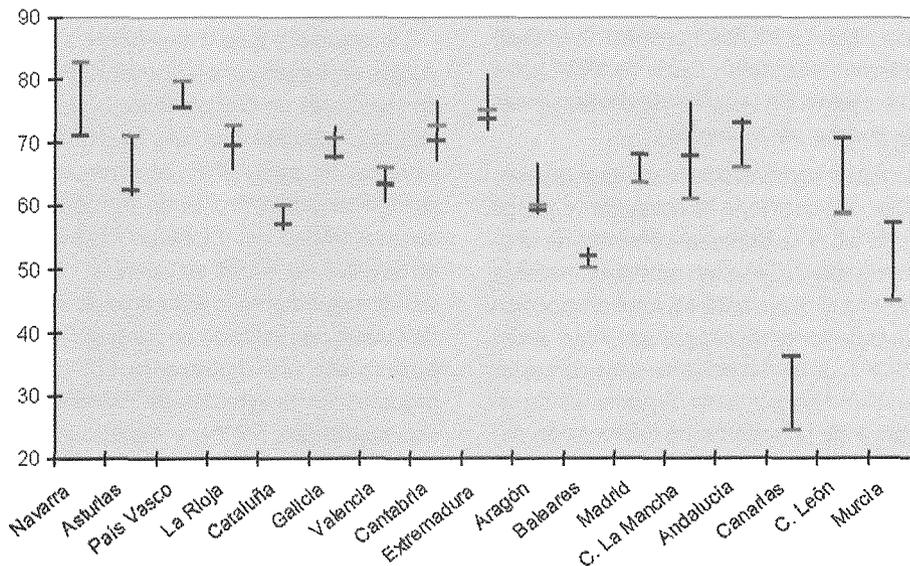
Es reseñable el caso de Andalucía, que formando parte de este grupo de mayor afectación, con una cifra máxima de 118,6 alcanzada en 1994, ha reducido menos su tasa que las anteriores autonomías (visto en el gráfico por la existencia de un menor espacio entre el rombo verde y la línea azul).

Madrid y País Vasco son las CCAA en las que mayor número de casos se han producido. La primera de ellas ya había comenzado la década de los 90 con la cifra más alta de todas las CCAA, 136,5 casos por millón de habitantes, seguida, también entonces, por el

País Vasco, con 114,2. Durante esa década siguió agravándose la epidemia en ellas marcando ambas en 1994 la cifra máxima, como casi en el resto de CCAA. Es de señalar que en este año la tasa para España se situó en 127,6, por lo que la cifra de Madrid (245,9) prácticamente la duplicaba.

Otra manera, complementaria de la anterior, de estudiar la difusión de esta enfermedad entre los CDI es analizar el porcentaje de casos SIDA-CDI sobre el total de casos de SIDA. En el gráfico 4 podemos observar la evolución del mismo entre 1990 y 2001. Lo primero que salta a la vista es que algunas CCAA han terminado la década con un porcentaje mayor de casos de SIDA entre CDI del que tenían al inicio de la misma (las líneas

Gráfico 4. Evolución del porcentaje de casos acumulados SIDA-CDI sobre el total. Tendencia 1990-2000.



Fuente: Elaboración propia. Datos: Registro Nacional de SIDA, ISC III.



en el gráfico representan el rango entre 1990 y 2001, mientras que la raya verde muestra el porcentaje en 1990 y la azul el de 2001).

De Baleares, que incrementa levemente su porcentaje en 1,7 puntos, al pasar del 50,3% en 1990 al 52% en 2001, hasta Murcia que supera su cifra del principio en 12,2 puntos, al subir del 45% al 57,2%, hay siete CCAA en esta situación. Las otras diez han conseguido reducir sus cifras, desde los 11,6 puntos de Navarra (82,7% en 1990 y 71,1% en 2001) hasta el 0,7 de Aragón (60% y 59,3%, respectivamente).

En otras palabras, mientras Navarra, Asturias, País Vasco, La Rioja, Cataluña, Galicia, Valencia, Cantabria, Extremadura y Aragón han visto disminuir el impacto del SIDA en los usuarios de drogas inyectables (observable en el gráfico porque sus rayas verdes están en una posición superior a las azules, en las líneas respectivas) Baleares, Madrid, Castilla-La Mancha, Andalucía, Canarias, Castilla y León y Murcia, han experimentado un deslizamiento de los casos de SIDA hacia dicho colectivo de usuarios de drogas (líneas azules encima de las verdes).

Los datos comentados hasta aquí responden, por así decirlo, a la pregunta ¿cuántos casos de SIDA se deben al consumo de drogas inyectables?. Cabe, no obstante, hacerse la pregunta al revés, esto es, ¿qué proporción de consumidores de drogas son VIH+ o tienen SIDA?. Lamentablemente para contestar a esta última pregunta no disponemos de un registro o de un sistema de información nacional, como los registros de casos de SIDA, por lo que hemos de acudir a informes o a estudios realizados.

La Encuesta a Consumidores de Heroína en Tratamiento (ECHT) del Plan Nacional sobre Drogas⁸, realizada sobre una muestra

de 2.600 pacientes, encontró que el 22,7% de los encuestados eran seropositivos, teniendo en cuenta que el 77,4% se habían realizado la prueba en alguna ocasión. Un trabajo realizado en A Coruña sobre la efectividad de los programas de incorporación social para drogodependientes, con una muestra de 120 pacientes, mostró que el 25% eran seropositivos⁹. Un estudio realizado en Lleida sobre una muestra de 150 usuarios de un programa de reducción del daño determinó que el 36,1% eran VIH+¹⁰. Esta cifra, más alta que las anteriores, resulta bastante lógica por cuanto en este último trabajo la muestra se tomó de un recurso donde inicialmente parece lógico suponer la existencia de una mayor prevalencia de VIH que entre la población de consumidores de heroína a tratamiento en España, caso de la ECHT, o que entre la población de pacientes de un programa de incorporación social, caso del trabajo de A Coruña.

Un estudio sobre la persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas de tres ciudades españolas, realizado con una muestra de 821 usuarios de programas de intercambio de jeringuillas, encontró unos porcentajes de seropositividad del 43,2% en Madrid, 30,1% en Sevilla y del 41,8% en Valencia¹¹. Un estudio de seguimiento longitudinal de 24 meses de evolución, realizado en Santiago de Compostela, con una muestra de 170 pacientes incluidos en programas de mantenimiento con naltrexona (PMN) y metadona (MTD) reveló unos porcentajes de seropositividad del 5,1% y del 42,9%, respectivamente¹². Otro estudio longitudinal de seguimiento de 12 meses de evolución, realizado en A Coruña, con una muestra de 204 pacientes incluidos en programas de metadona y de disminu-



ción del daño, encontró que el 46% eran seropositivos, de los que el 6,4% tenían SIDA¹³.

Finalmente, datos procedentes del Sistema de Evaluación Asistencial del Plan de Galicia sobre Drogas¹⁴ relativos a los porcentajes de seropositividad de los pacientes asistidos en tres programas de tratamiento, muestran que en 2001 el 16% de los tratados en programa de metadona eran VIH+, por un 8,2% de los del programa libre de drogas y un 3,7% de los del programa de naltrexona. Y que estas cifras han ido disminuyendo desde 1994, especialmente en el caso del programa de metadona, en el que disminuyó desde el 27,3%.

De acuerdo con estos datos parece claro que al responder a la segunda pregunta los números descienden bastante. Si en 2001 el 52,4% de los casos de SIDA diagnosticados en España se producía en CDI y si al final del mismo año el 64,7% de todos los casos de SIDA registrados en nuestro país se encuadraban dentro de dicha categoría de transmisión¹⁵, el número de drogodependientes infectados por el VIH, que lógicamente siempre serán una cifra mayor que los que padecen SIDA, se situarían entre el 3,7% y el 46%, según la muestra que consideremos.

LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Con el fin, entre otros, de frenar la difusión del VIH entre los CDI, y de esta manera también al resto de la población, se pusieron en marcha los programas de reducción del riesgo y disminución del daño. Estos incluyen múltiples estrategias, desde acciones preventivas de salud pública hasta las intervenciones más clínicas y asistenciales¹⁶. La dispensación de kits de jeringuillas y preser-

vativos, los programas de intercambio de jeringuillas, los talleres de sexo más seguro y de inyección de menos riesgo, los programas de tratamiento con agonistas opiáceos (y no sólo metadona) y los programas de alcance para las poblaciones menos accesibles se incluyen, entre otras medidas, en la estrategia señalada.

En España hemos tardado mucho tiempo en adoptar este tipo de medidas. Los programas de intercambio de jeringuillas y de dispensación de "sanikits" no comenzaron en nuestro país hasta los primeros años de la década de los 90, los programas de metadona no se generalizaron hasta esa fecha, la legislación lo impedía, y los talleres comentados anteriormente se introdujeron en los últimos años. Sin embargo, desde 1982 los casos de SIDA diagnosticados en CDI fueron en aumento y no comenzaron a disminuir hasta 1995. Si esta disminución es consecuencia de haber introducido, varios años antes, los programas de reducción del daño es algo difícil de probar, pero existe bastante evidencia en esta línea.

Tratando de encontrar una posible explicación para la situación observada en los gráficos 3 y 4, hemos considerado diferentes factores que podrían afectar a la misma: la existencia de programas como el de distribución de "sanikits", intercambio de jeringuillas, capacidad de proporcionar tratamiento con metadona o la reducción/aumento del uso de la vía parenteral entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína y entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de dicha sustancia.

Pues bien, en una aproximación preliminar sólo la existencia o ausencia de programas de distribución de "sanikits" parece asociarse con la reducción porcentual de casos de



SIDA-CDI. De las siete CCAA que incrementaron su porcentaje, ninguna^{17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27} posee dicho programa. Sin embargo, de las diez CCAA que han disminuido tal cifra, todas, excepto Valencia y Aragón, tienen en marcha este programa, la mayoría desde los primeros años de la década estudiada. En ninguno de los otros parámetros considerados aparece una relación tan clara.

En un trabajo sobre las diferencias geográficas en la prevalencia de la infección por VIH, entre consumidores de drogas a tratamiento ambulatorio en España²⁸, los autores dividen las CCAA en dos grupos: de alta y baja prevalencia de seropositividad y señalan que dentro de los grupos las CCAA comparten diferentes características socioeconómicas y culturales. En otro estudio reciente²⁹, sobre la persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre CDI en varias ciudades españolas, los autores concluyen que la resistencia al abandono de las prácticas de riesgo "está probablemente condicionada por factores de naturaleza ecológica y cultural que ejercen una gran presión sobre los inyectores y cuya influencia no es fácil de neutralizar". Así pues, es posible que las diferencias apreciadas en los gráficos comentados se deban, además de a la puesta en marcha más o menos pronta de programas de reducción del daño, a estas diferencias culturales y económicas.

En el ámbito internacional la evidencia apoya también la tesis de que los programas de reducción del daño son efectivos para prevenir la infección por el VIH entre los CDI. Reisinger³⁰ ha mostrado que los países de la Unión Europea que más han tardado en introducir programas de metadona y de intercambio de jeringuillas son los que tienen una

mayor prevalencia de SIDA en CDI. Des Jarlais y otros³¹ encuentran al estudiar las ciudades de Glasgow (Escocia), Lund (Suecia), Sydney (Australia), Tacoma (Washington) y Toronto (Ontario), donde la seroprevalencia del VIH ha permanecido baja (<5%) entre los CDI, que estas comparten tres elementos comunes en materia de prevención: 1) rápido inicio de los programas preventivos cuando la seroprevalencia era baja; 2) fácil acceso a material estéril de inyección, y 3) programas comunitarios de alcance con derivación a otros servicios. Stimson³² en un editorial en el que se pregunta sobre si el Reino Unido ha evitado una epidemia de VIH entre CDI, teniendo en cuenta sus tasas de prevalencia bajas y estables, señala que las intervenciones preventivas se introdujeron cuando la prevalencia era baja y que éstas incluían la distribución e intercambio de jeringuillas, extensión de los tratamientos con metadona y programas de alcance. El informe de ONUSIDA de junio de 2000, ya citado, insiste en la eficacia contrastada de estas medidas, así como en su universalidad para reducir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas, cuando señala que "se ha demostrado que los programas de reducción del daño, especialmente los que están orientados a prevenir la infección por el VIH, funcionan tanto en las economías de transición como en los países con ingresos elevados".

BIBLIOGRAFÍA

1 ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000. Ginebra: ONUSIDA, 2000.

2 Reisinger, M. Treatment of drug addiction and the epidemiology of AIDS. Proceedings of a Seminar on AIDS and Drug Addiction in



the Twelve European Community Member States; 1993 July 1-2; Bruselas: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 1993.

3 www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/estimates/situat96kms.html.

4 ONUSIDA-OMS. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2001. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2000.

5 Des Jarlais DC, Friedman SR, Ward TP. Harm Reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Ann Rev Pub Health* 1993; 14:413-450.

6 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2001, n° 66. Saint Maurice-Francia: CESES, 2001. <http://www.eurohiv.org>.

7 EUROSTAT. First results of the demographic data collection for 2001 in Europe. European Communities, 2001.

8 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Informe n° 1. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior; 1998.

9 Mariño A. La incorporación social de drogodependientes... ¿una cuestión pendiente?. Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Galicia. Colección de Trabajo Social e Servicios Sociais. Serie Documentos. Santiago de Compostela, 1996.

10 Alvarez M, Godoy P. Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral. *Rev Esp Salud Pública*. 1999; 73:375-381.

11 Bravo MJ, Barrio G, de la fuente L, Colomo C, Royuela L et al. Op.cit.

12 Fariñas E, López N, Miguel D, González A, Guerrero M, Carrera I, et al. Estudio comparativo de la evolución a 24 meses de un programa de mantenimiento con metadona versus programa de mantenimiento con naltrexona. Libro de Actas de las XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 1997 Mar 13-15; Alicante. Alcoy: Socidrogalcohol, 1997.

13 Marcos C, González A, López N, Fariñas E, Mariño A, Carrera I, et al. Programas de mantenimiento con metadona. Estrategias para la disminución del daño. Libro de Actas de las XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 1997 Mar 13-15; Alicante. Alcoy: Socidrogalcohol, 1997.

14 Observatorio de Galicia sobre Drogas. Sistema de Evaluación Asistencial. Informe 2001. Santiago de Compostela: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas-Conselleria de Sanidad, 2002. <http://www.sergas.es>.

15 Centro Nacional de Epidemiología-Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de Casos de SIDA. Situación a 30 de junio de 2002. Informe semestral n° 1, año 2002. Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://cne.isciii.es>, <http://www.msc.es/sida>.

16 Araujo M, Carrera I. Infección por el VIH y comportamientos de riesgo de SIDA entre los usuarios de drogas inyectables que empiezan un tratamiento con metadona. Comentarios a la bibliografía internacional. *Pub Of SEISIDA* 1996; 7(5): 320-321.

17 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 1991.



18 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1991. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 1992.

19 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 1993.

20 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1993. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994.

21 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1994. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.

22 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1995. Madrid: Ministerio de Interior, 1996.

23 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Madrid: Ministerio de Interior, 1997.

24 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1997. Madrid: Ministerio de Interior, 1998.

25 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1998. Madrid: Ministerio de Interior, 1999.

26 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999. Madrid: Ministerio de Interior, 2000.

27 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2000. Madrid: Ministerio de Interior, 2001.

28 **Lardelli P, de la Fuente L, Alonso JM, López R, Bravo MJ, y Delgado-Rodríguez M.** Geographical variations in the prevalence of HIV infection among drug users receiving ambulatory treatment in Spain. 1993; 22(2):306-314.

29 **Bravo MJ, Barrio G, de la fuente L, Colomo C, Royuela L et al.** Persistencia de

conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas en Madrid, Sevilla y Valencia. Gac Sanit 1999; 13(2):109-118.

30 **Reisenger M.** Op.Cit.

31 **Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR.** Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. JAMA 1995;274:1.226-1231.

32 **Stimson GV.** Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV-1 injection among drug injectors?. Addiction 1996;91:1.085-1088.
